

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 請求書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号 9999 — 1234		② 被保険者の(請求者)氏名及び生年月日と印 薬業 花子 明・大・昭 63 年 2 月 13 日		③ 印
	④ 被保険者の(請求者)現住所 東京都千代田区永田町2-17-2		郵便番号 100 0014	TEL (03) 3581-1238	
	⑤ 被保険者の勤務する(していた)事業所の名称・所在地 名称 薬業工業(株) 所在地 東京都江東区上野1-27-2				
	⑥ 死亡した年月日 平成31年2月28日		⑦ 死亡原因(病名) 心筋梗塞		
	⑧ 第三者の行為によるものですか はい・いいえ				
	⑨ 死亡した被保険者の氏名 ① 氏名 ② 埋葬した年月日		年月日	③ 埋葬に要した費用 金 銭 (別添証拠書のとおり) 円	
	⑩ 死亡した被扶養者の氏名 ① 氏名 ② 続柄		③ 父	④ 生年月日 明治 大正 昭和 平成 40 年 12 月 17 日	
	⑪ 老人保健法の医療を受けていたとき ① 市町村番号 ② 受給者番号 ③ 発行機関名				
	⑫ 備考				

◎添付書類及び記入方法については裏面に書いてありますので必ずお読みください。
○振込先を郵便局に指定される方は、利用できる口座は通常貯金口座は、る・るに限定されています。
確認のため通帳の記号、番号、名前等のページの写しを添付してください。

東京薬業健康保険組合

平成 年 月 日 提出

事業主の証明するところ	⑬ 死亡した者の氏名		⑭ 死亡した者は被保険者ですか		被保険者・被扶養者
	⑮ 死亡した年月日		平成 年 月 日 死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業主 ⑯ 住所 ⑰ 氏名 TEL ()				

平成 年 月 日

受付日付印

支払金融機関欄	銀行コード 0099	支店コード 099	本店 赤坂見附	支店 永田町	普通・当座
	口座番号 (記号・番号) 9999998		フリガナ ヤクギョウ ハナコ	口座名義 薬業 花子	

受取代理人欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。平成 年 月 日	
	被保険者(請求者)住所氏名	⑱
	代理人の(フリガナ)氏名と印	委任者と代理人との関係

社会保険労務士の提出代行者印	⑲
----------------	---