健康保険

見本

埋葬料（費）請求書

（被保険者が亡くなった場合）

裏面「必要添付書類」及び「注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

請求者が記入するところ

① 被保険者等記号・番号	9999 － 1234	②請求者の氏名及び生年月日	薬業　花子 昭・平・令 62 年 2 月 13 日
③請求書の提出を事業主に依頼します	チェック ✔		
④死亡した被保険者の氏名及び生年月日	薬業　次郎 昭・平 35 年 12 月 17 日	⑤請求者と被保険者の続柄	長女
⑥請求者の現住所	郵便番号 100 — 0014 東京都千代田区永田町2-17-2 方	TEL（ 03 ）3581-1238 携帯（　　）	
⑦被保険者の勤務していた事業所名称・所在地	事業所名称	薬業工業㈱	
	事業所所在地	東京都台東区上野1-27-2	
⑧死亡した年月日	令和 6 年 3 月 28 日 死亡	⑨死亡原因（病名等）	肺癌
⑩埋葬を行った年月日	令和　年　月　日	⑪埋葬に要した費用額	円
⑫第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ		
⑬介護保険法のサービスを受けていたとき	㋐保険者番号	㋑被保険者番号	㋒保険者名称

事業主の証明するところ

⑭死亡した被保険者の氏名	
⑮死亡した年月日	令和　年　月　日　死亡
⑯上記のとおり相違ないことを証明します	

事業所所在地　　証明日　令和　年　月　日

事業所名称

事業主氏名　　TEL（　　）

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。　令和　年　月　日

被保険者（請求者）住所

氏名

代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係

☐ マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記口座欄を記入してください）

※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。

※受取代理人を指定する場合や被扶養者以外の方からの申請の場合は、公金口座を利用できません。

振込先指定口座

銀行コード 0099	永田町	銀行・農協・信金・信組	支店コード 099　赤坂見附　本店・支店
普通・当座	口座番号	9999998	
口座名義	薬業　花子	フリガナ	ヤクギョウ　ハナコ

口座名義が請求者名でない場合は必ず受取代理人欄に記入してください。

この書類の送付先は

〒100-0014
東京都千代田区
永田町2-17-2

東京薬業健康保険
組合　給付課　宛

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

東京薬業健康保険組合