

家族埋葬料請求書

(被扶養者が亡くなった場合)

見本

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

請求者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号 9999 - 1234		②被保険者の氏名及び生年月日 薬業 三郎 昭平 62年5月13日		③請求書の提出を事業主に依頼します チェック <input checked="" type="checkbox"/>	
	④死亡した被扶養者の氏名及び生年月日 薬業 秋子 昭平令 30年6月20日		⑤被保険者との続柄 母			
	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		TEL (03) 3581-1238 携帯 ()		方	
	⑦被保険者の勤務している事業所名称・所在地 事業所名称 薬業工業(株) 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 4年3月28日死亡		⑨死亡原因 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		⑭保険者番号		⑮被保険者番号	
			⑯保険者名称			

事業主の証明するところ	⑭死亡した被扶養者の氏名			
	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	
	被保険者住所 (請求者) 氏名	
	代理人の氏名 (フリガナ)	委任者と代理人との関係

振込先指定口座	銀行コード 0099	支店コード 099
	永田町	銀行・農協 信金・信組 赤坂見附
	普通 ・ 当座	口座番号 9999998
	口座名義 薬業 三郎	フリガナ ヤクギョウ サプロウ

この書類の送付先は

受付日付印

〒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

※口座名義が被保険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。

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