

# 記入例

## 健康保険 被保険者 埋葬料・同付加金(埋葬費)請求書 被扶養者

平成 年 月 日提出

○記入の方法は裏面を参照してください  
○本請求に関する給付金の受領を代理人に委任する場合は必ず⑳委任状欄に③に押印した印鑑を使用してください

被保険者または請求者が記入するところ	① 被保険者証の 記号 149 番号 25	② 被保険者 (請求者) 氏名 金田 花子	③	
	④ 被保険者の生年月日 明治 大正 昭和 平成 25年 5月 1日	⑤ 事業所名 ○×商事(株)		
	⑥ 被保険者 (請求者) の現住所 〒108-0000 港区○○町1-2-3	電話 03(0000)0000		
	⑦ 死亡年月日 平成20年 6月10日	⑧ 死亡原因 (必ず記入してください) 心筋梗塞	⑨ 第三者による ものですか はい いいえ	
	⑩ 被保険者が死亡した際の 請求の場合は、その方の 被保険者の氏名 金田 太郎 埋葬した 年月日 平成 20年 6月14日	被保険者と 請求者との 身分関係 夫 埋葬に要した 費用の額 357,000 円		
	⑪ 被扶養者が死亡した際の 請求の場合は、その方の 氏名 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 被保険者 との続柄			
	⑫ 以下のいずれかに該当する場合、右欄に記入してください		保 険 者 名 称 電 話 ( )	
	ア、資格喪失後、家族の被扶養者となったときはその被保険者証の		記号・番号 -	
	イ、被扶養者が以前被保険者であったときは、その当時の被保険者証の		被保険者氏名	
	⑬ 老人保健法の医療 を受けていたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名
	⑭ 介護保険法のサービス を受けていたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名

事業主が証明するところ	⑮ 死亡した方の 氏名 金田 太郎	⑯ 死亡した方 被保険者 ・ 被扶養者
	⑰ 死亡した年月日 平成 20年 6月 10日	
	⑱ 事業主 住所 氏名 〒160-0000 新宿区○○町1-2-3 ○×商事(株) 代表取締役 ○○□□夫 電話 03(0000)0000	

⑲ 振込口座	○△ ( ) 銀行	口座の種類	店番号	口座番号 右詰めでご記入ください	フリガナ	カネダ ハナコ
	○○ ( ) 支店	普通・当座	1 9 8	1 2 3 4 5 6 7	名義	金田 花子

被保険者(請求者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

⑳ 委任状	被保険者 (請求者)	本請求に基づく給付金の受領方を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日		
		住所		
		氏名	⑳ (③欄と同じ印を押してください)	
	受領 代理人	郵便番号		
		住所		
		氏名	⑳	委任者と代理 人との関係
電話番号 平日昼間の連絡先		( )	(会社・自宅・携帯)	

東京金属事業健康保険組合  
受付日付印