

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

被 保 險 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記号 番号 <b>11 - 5432</b>	生年月日	<b>1990</b> 年 <b>2</b> 月 <b>2</b> 日	
	氏名	フリガナ <b>ロウソン タケル</b> <b>籠 尊 健</b>			
	住 電 話 番 所 号	(〒 <b>141-0001</b> ) <b>東京都品川区大崎3-2-1</b>			TEL <b>03(5432)6789</b>

申	死亡した方の	死亡年月日 <b>212</b> 年 <b>3</b> 月 <b>3</b> 日	死亡原因 <b>脳梗塞</b>	第三者行為によるものですか 1. はい 2. <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">いいえ</span> 「はい」の場合は「第三者の行為による 傷病届」を提出してください。	
	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき				
請	ご家族の氏名	生年月日 年 月 日	被保険者との続柄		
	●被保険者が死亡したための申請であるとき				
	被保険者の氏名 <b>籠 尊 健</b>	被保険者から見た申請者との身分関係 <b>妻</b>			
	埋葬した日 <b>2121</b> 年 <b>4</b> 月 <b>2</b> 日	埋葬に要した費用の額 ※ 円			
内	請指 求口 者座	<b>三菱UFJ</b> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> <span style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; padding: 2px;">金庫</span> <b>大崎駅前</b>	本店 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">支店</span>	営業部 <span style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; padding: 2px;">出張所</span>	口座 名義 カタカナ <b>ロウソン ヤスコ</b>
	普通預金	口座番号 <b>1410002</b>			
容	上記のとおり請求します。				
	<b>2121</b> 年 <b>4</b> 月 <b>15</b> 日	住所 <b>141-0001</b> <b>東京都品川区大崎3-2-1</b>	請求者の 氏名 <b>籠 尊 康 子</b>	TEL <b>03(5432)6789</b>	
ローソン健康保険組合理事長殿					

事 業 主 証 明 欄	死亡した方の氏名	区 分	死亡年月日
		被保険者 ・ 被扶養者	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
TEL ( )			

※ 遺族以外の方が埋葬を行ったときは、埋葬に要した費用を記入し、証拠書を添付してください。