

健康保険

被保険者  
家族

埋葬料(費)支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記号 11 - 5432	番号	生年月日	1963年 2月 2日
	氏名	フリガナ ロウソン タケル	籠 尊 健		
	住 電 話 番 所 電 話 番 号	(〒 141-0001 ) 東京都品川区大崎3-2-1	TEL 03(5432)6789		

申	死亡した方の	死亡年月日 2121年 3月 31日	死亡原因 肺がん	第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ 「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 籠 尊 健	被保険者から見た申請者との身分関係 従兄弟		
	埋葬した日 2121年 4月 2日	埋葬に要した費用の額 ※ 円		
内	請指 求口 者座	三菱UFJ 銀行 品川 支店 普通預金	本店 支店 口座番号 1410002	営業部 出張所 カタカナ ケンボ タロウ
	上記のとおり請求します。 2121年 4月 15日 請求者の 住所 141-0003 東京都品川区北品川1-2-3-205 氏名 健保 太郎 TEL 03(5678)9101 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 被保険者 ・ 被扶養者	死亡年月日 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 ( )			

金額をご記入ください

※ 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。