

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	1990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 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 白血病	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	籠 尊 康 子	生年月日 1989年 9月 2日	被保険者との続柄 妻	
	●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		被保険者から見た申請者との身分関係		
	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 定口 者座	三菱UFJ 銀行 大崎駅前 金庫	本店 支店 営業部 出張所	口座名義 カタカナ ロウソン タケル	
	普通預金 口座番号 1410001				
容	上記のとおり請求します。 2121年 4月 15日 住所 141-0001 東京都品川区大崎3-2-1				
	請求者の 氏名 籠 尊 健 TEL 03(5432)6789		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。