

					常務理事	事務長	精 算	担 当
健保組合記入欄	算 出 基 礎			支 給 額	円			
	備 考							

被保険者 ・ 家族 埋葬料（費）請求書

請 求 者 の 記 入 す る 欄	被 保 険 者	記 号		被 保 険 者 氏 名							
		番 号									
	事 業 所 名 称			請 求 金 額	円						
	死亡した方の氏 名			被 保 険 者 と 死 亡 した 方 と の 続 柄							
	死 亡 年 月 日	令 和 年 月 日		死 亡 し た 原 因							
	被保険者により生計を維持されていなかった方が埋葬を行い埋葬費の請求をする場合には、埋葬に要した費用を記入のうえ、その領収書の写しを添付して下さい				円						
	被 保 険 者 が 死 亡 した 事 に よ る 請 求 の と き は、振込先を記入して下さい	銀行	支店	普 通 当 座	口 座 番 号						
		フリガナ									
	口座名義										
※本請求金額の受領をを代理人と定め委任致します。 （※被保険者が請求する場合は「代理人＝事業主」となり、それ以外は「代理人＝請求者」となります） 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 請求者氏名 （死亡した方との関係： ）											
事業主の証明する欄	上記の通り相違ない事を証明します。 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 事業主 名称 氏 名										

（注意事項） この請求書に、事業主の証明が受けられない場合は、埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書等いずれかの写しを添付して下さい。