

健康保険 被保険者 家 族 埋葬料 (費) 請求書

該当する方をかこむ

被保険者証	記号	2022	番号	11	被保険者 (請求者) の氏名と印	紙 商 一 郎	紙商			
事業所の名称				浜町商事株式会社				事業所の所在地	中央区日本橋浜町 × × - × ×	
被保険者 (請求者) の住所		〒 135 - × × × ×		江東区住吉 × - × - ×		電話番号 03 (× × × ×) × × × ×				
死亡年月日	平成 15 年 12 月 10 日		死亡原因	心 筋 梗 塞		第三者行為によるものですか 0 : いいえ 1 : はい				
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その方の					被扶養者					
被扶養者氏名		紙 商 は な			明治・大正		9 年 7 月 7 日			
被保険者との続柄		母			昭和・平成					
被保険者が死亡したための請求であるときは、その方の					被保険者					
被保険者氏名		該 当 せ ず			明治・大正		年 月 日			
被保険者と請求者との身分関係					昭和・平成					
埋葬した年月日	平成	年	月	日	埋葬に要した費用の額 埋葬費の請求の場合記入してください		円			
死亡した方が老人保健法の医療を受けていたとき	老人医療 受給者証	市区町村番号		受給者番号	発行機関名					

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	紙 商 は な		死亡した者	0: 被保険者 1: 被扶養者	死亡年月日	平成 15 年 12 月 10 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 15 年 12 月 20 日 事業所の所在地 中央区日本橋浜町 × × - × × 事業所の名称 浜町商事株式会社 事業主の氏名 日本 大二郎 印 電話番号 03 (× × × ×) × × × ×						

この部分は被保険者(請求者)の方は記入しないで下さい。 被保険者が死亡した場合記入

支払金融機関	金融機関名	店名	口座種別	1. 普通 2. 当座
	銀行	本店	口座番号	
	金庫 農協	支店	フリカナ 口座名義	

受領代理人	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			平成	年	月	日
	被保険者(請求者) 住所						
	氏名		印				
代理人の氏名		印	請求者と代理人との関係				

平成 16 年 12 月 20 日提出
(記入上の注意)

受付日付印

任意継続被保険者の方が請求する場合には、事業主が証明する欄は記入の必要がありません。
被保険者が死亡したための請求の場合には、支払金融機関の欄を記入して下さい。
給付金の受け取りを代理人に委任する場合、受領代理人の欄を記載してください。

死亡診断書のコピーを添付してください。

東京紙商健康保険組合