

該当する方かこむ

健康保険 被保険者家族 埋葬料（費）請求書

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 印
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・令	××年××月××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

被保険者請求者が記入するところ

※被扶養者が死亡したための請求であるとき

被扶養者氏名	紙商 はな		被扶養者 生年月日	昭・平・令	××年××月××日
被保険者との続柄	母				
亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当しますか。			はい ・ いいえ		
① 資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき			※上記はいの場合、扶養認定直前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入		
② 資格喪失後、傷病・出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき			(保険者名)		
③ 資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき			(記号 番号)		

※被保険者が死亡したための請求であるとき

被保険者氏名			被保険者 生年月日	昭・平・令	年 月 日
被保険者と請求者との身分関係					
埋葬した年月日	平・令	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・令	××年××月××日
上記のとおり相違ないことを証明します。			令和××年××月××日			
事業所所在地	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(××××)××××		

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		フリカナ		
	農協	支店	口座名義		

令和××年××月××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。

◎第三者の行為による場合は、「第三者の行為による傷病届」を添付して下さい。

◎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。

死亡診断書のコピーを添付してください。

※被保険者死亡の場合、被扶養者以外の方が請求する場合は、別途添付書類が必要となりますので、業務課までご連絡ください。

東京紙商健康保険組合

業務課 電話03-3666-2522