

健康保険 被保険者埋葬料(費)請求書

家族埋葬料(費)附加金

(注意事項)

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
 ◎ 「※」印欄は記入しないでください。
 ◎ 訂正したところには、氏名のわきに押し印と同じ印を、訂正印として押して下さい。

請求者が記入するところ	① 被保険者証の記号と番号	記号				② 請求者の氏名と印		③ 印				
	④ 請求者の現住所	〒 TEL () 方										
	被保険者の勤務していた又は勤務する事業所の	名称										
		所在地	〒									
	⑤ 死亡した年月日	平成	年	月	日	⑥ 死亡した原因 (傷病名)						
	被保険者が死亡したための請求であるときはその方の	⑦ 被保険者氏名				⑧ 被保険者と請求者との身分関係		⑨ 被保険者の標準報酬月額	千円			
		⑩ 埋葬した年月日	平成	年	月	日	⑪ 埋葬に要した費用の額	円				
	被扶養者が死亡したための請求であるときはその方の	⑫ 被扶養者氏名				⑬ 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生	⑭ 被保険者との続柄	
			資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者の		被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の		保険者名・記号および番号		保険者名	記号番号		
	⑯ 第三者の行為によるものですか	はい・いいえ		備考								

平成 年 月 日 提出

事業主の証明するところ	⑯ 死亡した者の氏名		⑰ 死亡した者		被保険者・被扶養者			
	⑱ 死亡した年月日	平成	年	月	日	死亡		
	うえのとおり相違ないことを証明します。					平成	年	月
事業主		住所				⑲ 印		
氏名		氏名		電話 ()		番		

● 請求の際に今一度確認を！ 書きもれないか、印もれ無いか

東京都木材産業健康保険組合

※ 受付日付印

振込先金融機関	銀行 本店		
	信用金庫 支店		
	預金種別	口座番号	口座名義人
1. 普通		(カタカナで記入願います)	
4. 貯蓄			

支払予定日