

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

家族 埋葬料(費)付加金 請求書

(注意事項)

- ◎ 訂正したところには、氏名のわきに押した印と同じ印を、訂正印として押して下さい。
- ◎ 「※」印欄は記入しないでください。
- ◎ 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。

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 ()										
	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	令和	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	令和	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	昭和 平成 令和	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	
	⑯ 第三者の行為によるものですか											
はい ・ いいえ												
備 考												

◎請求の際に今一度確認を！ “書きもれないか、印もれないか”

令和 年 月 日 提出

事業主の証明するところ	⑮ 死亡した者の氏名		⑯ 死亡した者	被保険者・被扶養者		
	⑰ 死亡した年月日	令和	年	月	日 死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。					令和 年 月 日
	住所				⑱	
事業主氏名				⑲		
					電話 ()	

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
	預金種類	口座番号	口座名義人
	1.普通		(カタカナで記入願います)
2.貯蓄			

支払予定日