

日立健康保険組合 御中

健康保険

被保険者
被扶養者

埋葬料・埋葬費請求書

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	提出日	令和 年 月 日			備考	
	被保険者等 記号・番号	記号	番号		被保険者 氏名 (請求者)	(フリガナ)
		事業所 (会社)名称				従業員番号
					所属・電話	(TEL :)
	死亡年月日	令和 年 月 日			死亡原因	
	被保険者 が亡く なったとき	被保険者 氏名			埋葬年月日	令和 年 月 日
		埋葬に要 した費用	円		被保険者と 請求者の 身分関係	
	被扶養者 が亡く なったとき	被扶養者 氏名			被保険者 との続柄	
	第三者の行為によって亡くなったものであるかないかの別				有 ・ 無	
	亡くなった方が日立健保の資格を喪失している場合、 直近の健康保険の保険者名					
給付金の振込みについて <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者が亡くなったとき 【従業員】 事業所経由を選択している事業所の方:委任状に基づき事業所へ振込みます ⇒ 委任状欄にご署名ください 個人払いを選択している事業所の方:健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】 健保組合に届出されている口座へ振込みます <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者が亡くなったとき 請求者の口座へ振込みます ⇒ 振込先欄に請求者の口座をご記入ください						
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名: _____					
振込先	銀行コード	銀行		支店コード	支店	1. 普通 2. 当座
	口座番号			口座名義人	(フリガナ)	

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します				
	令和 年 月 日				
	所在地				
事業主の名称	TEL				
氏名					

事業所コード
事業所担当者
年 月 日
氏名

【添付書類】
 申請される方によって異なります。
 別紙「記入例」をご覧ください。

受付日付印

インプット
.....

支給決定伺

支給決定額	円	常務理事	事務長	主任	担当
同年月日	令和 年 月 日	資格取得日	年 月 日		
決裁年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日	扶養認定日	年 月 日		