

日本製鋼所健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者
健保組合用		

被保険者(本人)の場合

家族(被扶養者)の場合

被保険者  
 被扶養者

### 埋葬料請求書

年 月 日

所属	TEL ( )	(保険証)記号・番号	氏名
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の原因	
被保険者が死亡したとき	請求者の氏名		被保険者と請求者の続柄
	埋葬を行った年月日	令和 年 月 日	標準報酬月額 千円
被扶養者が死亡したとき	死亡者の氏名		被保険者との続柄
死亡の原因が第三者の行為による場合はその事実と第三者の住所氏名			
給付決定額			円

給与振込依頼欄	上記給付決定額の受領に関する権限を 事業所 に委任します。 年 月 日
	被保険者(本人)が亡くなった時は、お受取可能な家族など、相続人の名前を記入してください。 所 被保険者氏名

銀行振込依頼欄	上記給付決定額を振込依頼先 預金口座の名称・フリガナを正確に記入してください。 年 月 日	
	住所 被保険者氏名	
	銀行名	預金種別 普通・当座
	本支店名	口座名義(カナ)
口座番号	被保険者(本人)が無くなった時は、お振込み可能な家族など、相続人の名前を記入してください。	

※お振込み先が、被扶養者以外の方の場合は関係性を証明する公的書類を添付してください。

※市区町村長の埋葬証明書または医師の死亡診断書の写を添付して提出して下さい。  
※退職後3ヶ月以内・傷病手当金・出産手当金を受けている間の死亡又は受けなくなって3ヶ月以内に死亡したとき給付が受けられます。

※本請求書に記載されている情報は、この請求のためにのみ使用し他目的には使用しません。  
また、健保への送付時に本情報が他人の目に触れない様ご注意ください。