

日本製鋼所健康保険組合 御中

常務理事	事務長	主務者	担当者

被保険者
 被扶養者

埋葬料請求書

年 月 日

所属	TEL ()	被保険者番号 氏名	印
死亡年月日	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	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	(事業所名) 上記給付決定額の受領に関する権限を に委任します。 年 月 日 住 所 被保険者氏名 印
------	---

銀行振込依頼書	振込依頼書 上記給付決定額を振込依頼致します。 年 月 日 住 所 被保険者氏名 印		
	銀行名	銀行	預金種別 普通 ・ 当座
	本支店名	店	口座名義 (カナ)
	口座番号		

※ 請求の際は、死亡診断書または埋葬証明書の写しを添付してください。

※ 本書に記載されている情報は、この請求のためのみに使用し、他目的へは使用しません。
また、健保への送付時、本情報が他人の目に触れないようご注意ください。