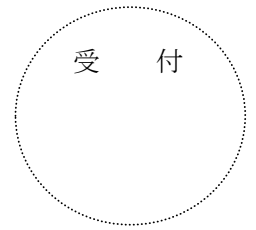


健 保 記 入 欄	受 付 年 月 日	・	・
	資 格 取 得 日	・	・
	資 格 喪 失 日	・	・
	被 扶 養 者 の 有 無	有	無

支 給 額				円
支 給 日			
	課 長	担 当	処 理	



被 保 險 者 埋 葬 料 (費) 請 求 書
 家 族

請 求 者 記 入	被 保 險 者 証 の 記 号 と 番 号	記号 番号	事 業 所 の 名 称	所 属
	死 亡 し た 者 の 氏 名			死 亡 し た 者 の 生 年 月 日
	死 亡 の 年 月 日	平 成 令 和	年 月 日	死 亡 の 原 因 (傷 病 名)
	埋 葬 し た 年 月 日	平 成 令 和	年 月 日	被 扶 養 者 が 死 亡 の 時 は 被 保 險 者 と の 続 柄
	死 亡 が 第 三 者 の 行 為 に よ る も の で あ る 時	届 出 の 有 無	有 無	第 三 者 の 住 所 お よ び 氏 名
	遺 族 が な い た め 知 人 等 が 代 わ っ て 埋 葬 を 行 っ た 場 合	埋 葬 に 要 し た 費 用		円
	備 考 欄			

事 業 主 証 明	死 亡 し た 者 の 氏 名	左 記 の と お り に 相 違 い な い こ と を 証 明 し ま す		
	死 亡 し た 者	被 保 險 者 ・ 被 扶 養 者		年 月 日
	死 亡 し た 年 月 日	平 成 令 和	年 月 日 死 亡	住 所 事 業 主 名 称

必要添付書類

- *市区町村長の埋火葬許可証の写しまたは医師の死亡診断書の写しを添付してください
- *請求者が被保険者または被扶養者でない場合、先の書類で死亡者との続柄が確認できない時は、続柄の分かるもの(戸籍謄本等)の写しを添付して下さい
- *被保険者証を未だ返納していない時は、この請求書に被保険者証を必ず添付してください

上記のとおり被保険者・家族埋葬料(費)の支給を請求します

島津製作所健康保険組合理事長殿 年 月 日

請 求 者	被 保 險 者 と の 続 柄			
	住 所	〒 (TEL - -)		
	フ リ ガ ナ			
	氏 名			

在職者の給付金は、会社経由で支給いたします。
資格喪失後又は任意継続被保険者の給付金は、銀行預金口座へ振り込みいたしますので、下記に被保険者名義の預金口座を記入してください。
被保険者埋葬料の請求の際は、下記に請求者名義の預金口座を記入して下さい。

銀行名	支店名	支店コード	普通						
			貯蓄						
ゆうちょ銀行	記号		番号						

＜マイナンバーを記載する上での注意＞

保険者証の記号番号記載に代えてマイナンバーを記載して請求することができますが、その場合は次の注意事項を守ってください。記号番号を記載した場合は、マイナンバーは記載しないでください。

- ・マイナンバーは備考欄へ記載してください。
- ・マイナンバーを記載した場合は、記号番号は記載しないでください。
- ・マイナンバーを記載して請求する場合は、個人番号確認、そして本人確認をするための書類を必ず添付してください。