

埋 葬 料 (費) 請 求 書
家 族 埋 葬 料

スズキ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日提出

下記の通り死亡診断書(写し)*1を添えて請求します。

※印欄は死亡者が被保険者である場合にご記入ください。	請求者記入欄	請求者氏名	(印)	被保険者等 記号・番号	*2			—	
		住所・連絡先	〒 TEL				死亡者との続柄		
		事業所名			所 属				
		※死亡した被 保険者氏名			※被保険者 生年月日	昭和・平成 年 月 日			
		※振込先	銀行名：_____ 支店名：_____ 口座番号：_____ (フリガナ) 口座名義：_____ *家族埋葬料では、被保険者の登録口座へ振り込みます						
		被扶養者の場合 はその氏名			生 年 月 日	昭 平 令 年 月 日	続 柄		
		死亡年月日	平・令 年 月 日		死 亡 原 因				
		埋葬を行った 年 月 日	平・令 年 月 日		埋葬に要した 総 費 用	円			
死亡者が第三者行為による場合は、第三者の氏名、住所		「第三者行為による傷病届」を併せて提出してください。 第三者の住所： 氏名：							

*1 死亡診断書に代えて、埋葬許可証若しくは火葬許可証の写しでも可

支給決定伺	支 給 伺	令和 年 月 日	担 当	課 長	事務長	常務理事
	支 給 日	令和 年 月 日				
	支 給 額					

委任状	上記の受領を_____に 委任します。
	令和 年 月 日
	被保険者氏名

【備考欄】ご家族が亡くなった場合のみ「被保険者等記号・番号」*2にかわりマイナンバーを記載することも可能です。
但し、マイナンバーを記載した場合、本人確認書類が必要です。
またマイナンバーには保護シールを貼り、レターパックプラス等で送付願います。

記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。押印の省略可能ですが、記入内容誤りが判明した場合は書類をお返しし訂正していただきます。②ヶ所に押印いただいた場合は健保での訂正・補記が可能です。