

りそな健康保険組合 御中

本人(被保険者)  家族(被扶養者) 埋葬料(費)・同付加金請求書

請求者の記入するところ	被保険者の記号・番号	記号			(フリガナ)		
		番号			請求者氏名(自署)		
	請求者の現住所・連絡先	〒		-			
		TEL:					
	被保険者が勤務している(勤務していた)事業所の名称			銀行(又は会社名)	(Tel	)	
				支店(部)	内線		
	被保険者が死亡したとき	被保険者の氏名			請求者との続柄		
		死亡年月日	年	月	日	死亡の原因	
		第三者の行為による死亡であるときは、その事実、第三者の住所、氏名等					
		振込口座			銀行	支店	
	普通預金口座番号				口座名義(カナ)		
被扶養者が死亡したとき	被扶養者の氏名			被保険者との続柄			
	死亡年月日	年	月	日	死亡の原因		
備考							

被保険者の死亡に関する事業主の証明						
死亡した者の氏名			死亡した年月日	年	月	日
上記のとおり被保険者が死亡したことに相違ないことを証明いたします。						
所在地						
事業主						
名称						
総務担当役職者氏名および連絡先			電話	-	-	(内線)

○事業主記入欄を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と事業主(総務担当役職者)の氏名(サイン)をご記入ください。

【添付書類】

1. 保険証、資格確認書(被保険者の死亡の場合)(交付を受けていない場合は不要)
2. 被扶養者、任意継続被保険者の場合は、市区町村長の埋(火)葬許可証または死亡診断書の写。
3. 死亡した被保険者に被扶養者がなく他の者が実際に埋葬を行った場合は、埋葬に要した費用の証拠書類を添付してください。

※ 被保険者の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。(被扶養者死亡の場合のみ)(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

常務理事	検印	係

支給決定日	年	月	日
支給決定額	円		
内訳	法定	円	
	付加	円	