

資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令 年 月 日	支給決議書			
家族埋葬料・被保険者埋葬料・被保険者埋葬費		被扶養者認定日	昭・平・令 年 月 日	常務理事	事務長		扱者
死亡年月日	令 年 月 日	支給決定日	令 年 月 日				
支給決定額	円						
備考							

健保受付印

## 健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

家 族

被保険者(請求者)記入欄	被保険者証	記号	番号	勤務事業所			
	被保険者(請求者)の住所	〒 - -		TEL - -			
	死亡した者の氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	
	死亡原因			第三者行為によるものですか	いいえ はい		
	被保険者が死亡した場合で、被保険者によって生計を維持されていた者以外の者が請求する場合(埋葬に要した費用の領収書を添付してください)			埋葬した年月日	年 月 日		
				埋葬に要した費用	円		
	<p>上記のとおり請求します。</p> <p>なお、本請求に基づく給付金の受領を事業主(事業主代理人)に委任します。</p> <p>請求日 令 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者(請求者) 氏名 ㊟</p> <p>東急百貨店健康保険組合 理事長殿</p>						
<p>被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、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、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。)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">備考欄</div>							
事業主欄	<p style="text-align: center;">令 年 月 日</p> <p>事業主(代理人)の所在地 名称 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>						

訂正箇所がある場合は、二重線で抹消し訂正印を押印してください。

<添付書類> 死亡診断書または埋葬(火葬)許可書