

支給金額	円
標準報酬月額	千円
資格取得年月日	年 月 日
資格喪失年月日	年 月 日

常務理事	事務長	担当

- 被保険者
 被扶養者

埋葬料(費)請求書

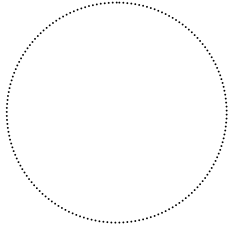
愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿

平成 年 月 日

健康保険証の 記号・番号		事業所名	
被保険者 (請求者)の氏名	㊦	生年月日	昭和 年 月 日 平成
被保険者 (請求者)の住所	〒 - Tel () -		
死亡された方	明治・大正 昭和・平成	生年月日	被保険者との続柄
		年 月 日	本人・家族 ()
死亡した年月日	平成 年 月 日	死亡原因	第三社行為によるものですか? いいえ ・ はい
埋葬年月日	平成 年 月 日	埋葬に要した費用	円

※被保険者が死亡した場合は、下記に振込先を必ず記入してください。

振込希望の 金融機関名	銀行 信金・信組 農協 労働金庫	本店	種別	普通・当座
		支店	口座番号	
		出張所	口座名義	

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日 被保険者(請求者)氏名 ㊦		受付日付印 
	代理人の 氏名と印	(フリガナ) ㊦	
	代理人の 住所	〒 -	

(添付書類)

- ① 死亡診断書(写)
- ② 被保険者が死亡した時の請求者が被扶養者でない場合、続柄が確認できる書類(戸籍謄本・住民票の写しなど)を添付してください。
請求者が家族以外の方の場合は、埋葬に要した費用の領収書と内訳書を添付してください。

※保険給付を受ける権利の時効(消滅期間)は2年間です。