（令和6年12月改定）

健康保険 被保険者／家族 埋葬料(費)請求書

請求日 令和　　年　　月　　日

請求者記入欄	①被保険者等	記号 番号		② 被保険者氏名		
	③事業所名称					
	死亡した方について	④本人(被保険者)・家族(被扶養者)			⑤氏名	
		⑥続柄			⑦死因	
		⑧死亡日	令和　　年　　月　　日		⑨埋葬日	令和　　年　　月　　日
	請求者について	⑩氏名			⑪続柄	
		⑫住所	〒　　－			
	被保険者死亡の場合	⑬埋葬に要した費	円　※請求者が被扶養者以外の場合、領収書を添付してください			
		⑭請求者の振込先	銀行　　店 金庫　　支店 農協　　出張所		預金種別	普通・当座
					口座番号	
					フリガナ	
					口座名義	
	被扶養者死亡の場合	⑮委任状	ＬＩＸＩＬ健康保険組合 理事長 殿 上記により支給される金額の受領を、事業主から健保組合に届出のある受領代理人に委任いたします。 令和　　年　　月　　日 被保険者　住所 氏名　　㊞			

事業主証明欄	⑯死亡した方の氏名	
	⑰被保険者/被扶養者	被保険者・被扶養者
	⑱死亡年月日	令和　　年　　月　　日
	上記のとおり、相違ないことを証明します。 令和　　年　　月　　日 事業所名 事業主氏名	

※自署の場合は押印を省略できます。

※消せるボールペン使用不可です。

事業所受付	健保組合受付

LIXIL健康保険組合

記入見本

（令和6年12月改定）

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

請求日 令和　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

請求者記入欄	①被保険者等	記号	131	② 被保険者氏名	健保 太郎	
		番号	〇〇〇〇〇			
	③事業所名称	株式会社LIXIL				
	死亡した方について	④本人(被保険者)・家族(被扶養者)			⑤氏名	健保 太郎
		⑥続柄	本人		⑦死因	心不全
		⑧死亡日	令和　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		⑨埋葬日	令和　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	請求者について	⑩氏名	健保 花子		⑪続柄	妻
		⑫住所	〒 〇〇〇 － 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇－〇－〇			
	被保険者死亡の場合	⑬埋葬に要した費	〇〇〇,〇〇〇 円 ※請求者が被扶養者以外の場合、領収書を添付してください			
		⑭請求者の振込先	〇〇〇 銀行 店 金庫 〇〇〇 支店 農協 出張所		預金種別	普通・当座
					口座番号	＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊
					フリガナ	ケンポ ハナコ
					口座名義	健保 花子
	被扶養者死亡の場合	⑮委任状	ＬＩＸＩＬ健康保険組合 理事長 殿 上記により支給される金額の受領を、事業主から健保組合に届出のある受領代理人に委任いたします。 令和　年　月　日 被保険者　住所 氏名　㊞			

事業主証明欄	⑯死亡した方の氏名	健保 太郎
	⑰被保険者/被扶養者	被保険者・被扶養者
	⑱死亡年月日	令和　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	上記のとおり、相違ないことを証明します。 令和　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 事業所名　株式会社LIXIL 事業主氏名　〇〇 〇〇	

※自署の場合は押印を省略できます。

※消せるボールペン使用不可です。

事業所受付	健保組合受付

LIXIL健康保険組合

記入見本

（令和6年12月改定）

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

請求日 令和　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

請求者記入欄	①被保険者等	記号	131	② 被保険者氏名	健保 太郎	
		番号	〇〇〇〇〇			
	③事業所名称	株式会社LIXIL				
	死亡した方について	④本人(被保険者)・家族(被扶養者)		⑤氏名	健保 花子	
		⑥続柄	本人	⑦死因	心不全	
		⑧死亡日	令和　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	⑨埋葬日	令和　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	請求者について	⑩氏名	健保 太郎	⑪続柄	本人	
		⑫住所	〒 〇〇〇 － 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇－〇－〇			
	被保険者死亡の場合	⑬埋葬に要した費				
		⑭請求者の振込先				
	被扶養者死亡の場合	⑮委任状	Ｌ Ｉ Ｘ Ｉ Ｌ健康保険組合 理事長 殿 上 から健保 に 委 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 被保険者 住所 東京都〇〇区〇〇町〇－〇－〇 氏名 健保 太郎 健保 ㊞			

委任状欄は、給与振込のために必要ですので、必ずご記入ください。

自署（名前を直接手書きで記入）の場合は、押印を省略できます。

口座名義

事業主証明欄	⑯死亡した方の氏名	健保 太郎
	⑰被保険者/被扶養者	被保険者・被扶養者
	⑱死亡年月日	令和　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	上記のとおり、相違ないことを証明します。 令和　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 事業所名　株式会社LIXIL 事業主氏名　〇〇 〇〇	

※自署の場合は押印を省略できます。

※消せるボールペン使用不可です。

事業所受付	健保組合受付

LIXIL健康保険組合