

(給付第2号)

# 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

請求者の記入するところ	①被保険者証	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埋葬に要した費用	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	預金種別	普通・当座
			金庫	支店	口座番号	.....
農協			出張所	フリガナ	.....	
口座名義	.....					
被扶養者死亡の場合	⑯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			㊞	

事業主の証明するところ	⑰死亡した方の氏名	
	⑱被保険者/被扶養者	被保険者 ・ 被扶養者
	⑲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。

事業主受付	健保組合受付
令和 年 月 日	

(給付第2号)

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

請求者の記入するところ	①被保険者証	記号 131 番号 XXXXX	②被保険者氏名 健保 太郎	
	③事業所名称	(株)LIXIL ← 保険証に記載されている「事業所名称」を記入		
	死亡した方について	④本人(被保険者)	⑤氏名 健保 太郎	
		⑥続柄 本人	⑦死因 心不全	
		⑧死亡日 令和 ○○年 ○○月 ○○日	⑨埋葬日 令和 ○○年 ○○月 ○○日	
	請求者について	⑩氏名 健保 花子	⑪続柄 妻	
		⑫住所 〒 136 - 0000 東京都江東区大島0-0-0		
	被保険者死亡の場合	⑬埋葬に要した費用 000000 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	0000 銀行 店 金庫 0000 支店 農協 出張所	預金種別 普通・当座
			口座番号 0000000000	
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	⑯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			

事業主の証明するところ	⑰死亡した方の氏名 健保 太郎
	⑱被保険者/被扶養者 被保険者・被扶養者
	⑲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 (株)LIXIL 事業主氏名 0000

※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。

事業主受付 令和 年 月 日	健保組合受付
-------------------	--------

(給付第2号)

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

請求者の記入するところ	①被保険者証	記号 131 番号 XXXXX	②被保険者 健保太郎	
	③事業所名称	(株)LIXIL ← 保険証に記載されている「事業所名称」を記入		
	死亡した方について	④本人(被保険者)・ <u>家族(被扶養者)</u>	⑤氏名 健保花子	
		⑥続柄 妻	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 〒 136 - 〇〇〇〇 東京都江東区大島〇-〇-〇		
	被保険者死亡の場合	⑬埋葬に要した費用	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	預金種別 普通・当座
			金庫 支店	口座番号
農協 出張所			フリガナ	
		口座名義		
被扶養者死亡の場合	⑯委任状	LIXIL健康保険組合 理事長 殿 上記の委任状は、給与振込のために必要ですので、必ずご記入ください。 健保太郎 住所 東京都江東区大島〇-〇-〇 氏名 健保太郎 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 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。 健保		

事業主の証明するところ	⑰死亡した方の氏名	健保花子
	⑱被保険者/被扶養者	被保険者・ <u>被扶養者</u>
	⑲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)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。

事業主受付	健保組合受付
令和 年 月 日	