

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	主担者

受付年月日	決定年月

埋

家族(被扶養者)埋葬料 請求書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

事業所 担当者	氏名	電話

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	被保険者氏名													
	死亡者氏名	死亡者の 生年月日										<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生
	死亡の年月日	平成										年	月	日	
	死亡の原因	【病死及び自然死】 <input type="checkbox"/> 病死(病名:) <input type="checkbox"/> 老衰 【不慮の外因死】 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 煙、火災及び火焰による傷害 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> その他 【その他及び不詳の外因死】 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> その他及び不詳の外因 <input type="checkbox"/> 不詳の死													
	第三者行為に よる死亡ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	第三者行為に よる死亡の場合	<input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から埋葬料(費)の補償がない (第三者から埋葬料(費)の補償がある場合は健康保険組合への 埋葬料(費) 請求はできません)											
	上記のとおり請求します。 ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。														
	平成 年 月 日 (〒)														
	住所														
	被保険者氏名 (請求者氏名) ㊟														
	電話 ()														
資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。 ※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)															
資格喪失(予定)者記入欄															
(フリガナ)										(フリガナ)					
(金融機関コード)										(店番コード)					
<input type="checkbox"/> 銀行										<input type="checkbox"/> 本店					
<input type="checkbox"/> 信用金庫										<input type="checkbox"/> 支店					
<input type="checkbox"/> ()										<input type="checkbox"/> 出張所					
普通										フリガナ					
口座番号										名義					
※請求者名義の口座に限る															

事業主 証明 欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。													
	平成 年 月 日 事業所所在地													
	受任者 事業所名称													
	事業主氏名 ㊟													

健保 記入 欄	SEQ	本人・家族	傷病コード	死亡の傷病名					死亡年月日			支給決定額
	備考欄	家族							年	月	日	50,000 円

※ 保険給付決定通知書は、パナソニック健保のホームページ・加入者専用webサービス『いきいき健康ナビゲーション』でご確認いただけます。