

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	〇〇 〇〇	電話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
------------	----	-------	----	--------------

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	1 0 ・ 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	健保 太郎		
	死亡者氏名	健保 花子		死亡者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 5 4 年 1 2 月 2 5 日生 <input type="checkbox"/> 平成	
	死亡の年月日	平成 2 7 年 1 月 5 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 checked="" 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 checked="" 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 2 7 年 1 月 3 1 日 (〒 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇) 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号 被保険者氏名 (請求者氏名) 健保 太郎 健保 電 話 〇 〇 (〇 〇 〇 〇) 〇 〇			資格喪失(予定)者記入欄	◆ 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)		
			(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 2 7 年 2 月 6 日	事業所所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号		
	受任者	事業所名称	パナソニック〇〇株式会社 事業主之印		
会社立替のときは「1」を記入→	事業主氏名	努力 実			

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