

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

令和 6年 12月 20日

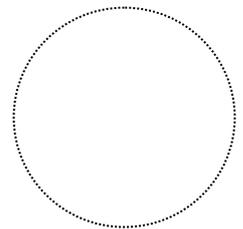
被保険者資格情報 記号・番号	10	123456	事業所名	愛知製鋼 株式会社	
被保険者 奥様のお名前	愛知 花子		生年月日	昭和 平成	40年 4月 20日
被保険者 (請求者)の住所	〒 476-0003 東海市荒尾町大脇90番地 Tel (052) 111-1111				
死亡された方	愛知 一郎		生年月日	被保険者との続柄	
			S H・R 35年 12月 30日	本人・家族 ()	
死亡した年月日	令和 6年 12月 10日	死亡原因	心不全		第三者行為によるものですか?
					いいえ ・ はい
埋葬年月日	令和 6年 12月 13日	埋葬に要した費用	50,000円		

※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	三菱 UFJ	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	1234567
			出張所	口座名義	愛知 花子

受取代理の欄
 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。
 令和 年 月 日

健保受付日付印



被保険者(請求者)氏名	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。