

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

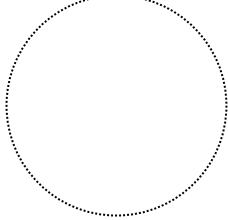
常務理事	事務長	担当

- 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 銀行 UFJ 信金・信組 東海 農協 労働金庫		本店 支店 出張所	種別	普通・当座
				口座番号	1234567
				口座名義	愛知 花子
受取代理の欄 奥様の名義の口座	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 被保険者(請求者)氏名				健保受付日付印 
	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。