

健康保険 請求書 家族埋葬料

* 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合、備考欄にマイナンバーを記載してください、(その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

右枠内の①・②を確認の上、確認欄口にシ点(チェック)を記入してください

確認欄 (チェック) この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。
① 申請者本人が作成したものである
② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者証の記号番号 記号 番号 フリガナ ケンポ タロウ
事業所名(所属部署) 日本たばこ産業(株)〇〇〇支店△△△営業部
死亡した日 平成・令和××年×月×日
死亡の原因 〇〇〇〇〇
被扶養者が死亡したための申請である時
被扶養者氏名 生年月日 昭平 年 月 日 被保険者との続柄
被保険者名 記号 記号
被保険者が死亡したための申請である時
被保険者氏名 健保太郎 生年月日 昭平 年 月 日 被保険者と請求者との身分関係 妻
埋葬した年月日 平成・令和××年×月×日 埋葬に要した費用の額 ×, ×××, 000 円
市町村番号 受給者番号 発行機関名
個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方
在職の方
退職後の方
上記のとおり申請します。
ジェイティ健康保険組合 理事長 殿 被保険者(請求者) 住所 令和××年×月×日 〇〇市〇〇区△△町2-1
電話番号 ×××(×××)0000 氏名 健保花

★被保険者証の記号番号を選択した場合は、今までと同様の手続きで可能となります。(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類は不要です。

①②③のいずれかに該当している場合には、保険者名および記号・番号をご記入下さい。

介護保険法のサービスを受けていた場合には、市町村番号等をご記入下さい。

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、口にシ点にご記入下さい。

被保険者の方が死亡し埋葬料(費)を請求したい方は、給付金の振込先金融機関をご記入下さい。振込先金融機関は、請求者の名義でお願いします。

証明する欄
死亡した方の氏名 健保太郎
死亡した方(被保険者/被扶養者) 死亡した年月日 平成・令和××年×月×日死亡
所在地 東京都港区△△1-1
事業主名称 日本たばこ産業(株)
事業主氏名 〇〇部 〇〇 〇〇

事業主(会社)から証明を得て下さい。

備考欄
(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。
(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

健康保険 請求書

家族埋葬料

*被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合、備考欄にマイナンバーを記載してください。(その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

確認欄 (チェック) [x] この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。
① 申請者本人が作成したものである
② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者証の記号番号: xxx, xxxxx, フリガナ: ケンボ タロウ, 被保険者氏名: 健保 太郎
事業所名(所属部署): 日本たばこ産業(株) 〇〇〇支店△△△営業部
死亡した日: 平成・令和xx年 x月 x日
死亡の原因: 〇〇〇〇〇

☆被保険者証の記号番号を選択した場合は、今までと同様の手続きで可能となります。(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類は不要です。

被扶養者が死亡したための申請であるとき
被扶養者氏名: 健保 次郎, 生年月日: 昭平令x年x月x日, 被保険者との続柄: 父

①②③のいずれかに該当している場合には、保険者名および記号・番号をご記入下さい。

被保険者が死亡したための申請であるとき
被保険者氏名, 生年月日, 昭平令x年x月x日, 被保険者と請求者との身分関係

介護保険法のサービスを受けていた場合には、市町村番号等をご記入下さい。

介護保険法のサービスを受けていたとき
市町村番号, 受給者番号, 発行機関名

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、□にレ点にご記入下さい。

在職の方
本請求に基づく給付金の受領を事業主(代理人)に委任します。
令和xx年x月x日
被保険者氏名: 健保 太郎

在職の方は、給付金を事業主経由で支払いますので、受取代理人の欄にご記入下さい。

退職後の方
銀行 支店 □口座番号
金庫 出張所 □口座名義(カタカナ) 普通・当座
信用組合 支所
*被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合、本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。
令和 年 月 日
被保険者氏名
代理人の住所
電話番号 ()
氏名

被保険者の方が死亡し埋葬料(費)を請求したい方は、給付金の振込先金融機関をご記入下さい。振込先金融機関は、請求者の名義でお願いします。

上記のとおり申請します。
ジェイティ健康保険組合 理事長 殿
住所: 令和xx年x月x日 〇〇市〇〇区△△町2-1
被保険者(請求者) 電話番号: xxx(xxx) 0000
氏名: 健保 太郎

証明する欄
死亡した方の氏名: 健保 次郎, 死亡した日: 平成・令和xx年x月x日死亡
事業主が: 令和xx年x月x日
所在地: 東京都港区△△1-1
事業主名称: 日本たばこ産業(株)
事業主氏名: 〇〇部 〇〇 〇〇

事業主(会社)から証明を得て下さい。

備考欄
※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。
(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。