

健 保 記 入 欄	支 給 額	円	決 議			資 格	取得	年 月 日
	支 給 日		常務理事	業務部長	係		喪失	年 月 日
							備 考	

東京海上日動健康保険組合 御中

被 保 険 者 埋 葬 料 (費) 請 求 書

△被扶養者(ご家族)の死亡については「家族埋葬料請求書」でご請求ください。

請 求 者 記 入 欄	被 保 険 者 等 記 号 番 号 ※ 1	—		マイナンバー※2 (任 意 記 入)	***** (被保険者等記号番号が不明な場合のみ 要本人確認書類)	
	氏 名			事 業 所 名		
	死 亡 年 月 日	令和	年 月 日	死 亡 原 因		
	埋葬年月日※3	令和	年 月 日	埋葬に要した費用※3	金 円 (添付の領収書のとおり)	
	死亡は業務 (又は通勤中)に よるものですか？	はい ・ いいえ		他者の行為に よるものですか？	はい ・ いいえ	
	上記により埋葬料(費)を請求します。 令和 年 月 日					
	住 所	〒				
	氏 名 *			被 保 険 者 と の 続 柄		
	日中のご連絡先 (電 話 番 号)					
	給付金受取口座	銀行	支店	1. 普通 2. 当座	口座番号	
名義(カタカナ)						

※1 「被保険者等記号番号」は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。
※2 マイナンバーは、「被保険者等記号番号」を記入すれば、記入不要です。
なお、「被保険者等記号番号」を記入せずに、マイナンバーでの請求をご希望の方は、予め健保組合にご連絡ください。
※3 この欄は亡くなった被保険者様と生計を一にしていない方が請求する場合(埋葬費)のみご記入下さい。

事 業 主 の 証 明	死 亡 し た 被 保 険 者 氏 名		死亡した年月日	令和 年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明する。			
	(事業所所在地)	令和 年 月 日		
	(事業所名称*) (代表者氏名)			

【記入内容を訂正する場合】 ①又は②の方法にてご訂正下さい。
①訂正箇所にて二重線を引く ⇒ その上に訂正内容を書く ⇒ その隣にフルネームで小さく署名する
②訂正箇所にて二重線を引く ⇒ 訂正印を押印、その上に訂正内容を書く ⇒ 「氏名*」又は「事業所名称*」の横に同じ印を押す