

埋葬料（費）・家族埋葬料請求書

被保険者証 記号・番号	—	事業所名称 所在地											
亡くなった方の氏名	(被保険者との続柄：)												
死亡年月日	令和 年 月 日	埋葬年月日	令和 年 月 日										
死亡の原因	埋葬に要した費用 <small>(生計維持関係のない方が埋葬費として請求する場合のみ記入)</small>		円										
振込先口座	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">銀行・金庫</td> <td style="width: 50%; border: none;">支店</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">農協・信組</td> <td style="border: none;">出張所</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">普通</td> <td style="border: none;">フリガナ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">当座</td> <td style="border: none;">口座番号</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">口座番号</td> <td style="border: none;">口座名義人</td> </tr> </table>			銀行・金庫	支店	農協・信組	出張所	普通	フリガナ	当座	口座番号	口座番号	口座名義人
銀行・金庫	支店												
農協・信組	出張所												
普通	フリガナ												
当座	口座番号												
口座番号	口座名義人												
<p>上記のとおり請求いたします。</p> <p style="text-align: center;">カルビー健康保険組合理事長様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 〒 -</p> <p style="text-align: center;">被保険者 (請求者) 氏名 (印)</p> <p style="text-align: center;">Tel</p>													

事業主 証明欄	亡くなった方の氏名	(被保険者との続柄：)		
	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の原因	
	<p>上のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所 名称</p> <p style="text-align: center;">代表者名 (印)</p>			

- 注) ・事業主の証明を受けずに請求する場合は、死亡を確認できる書類(戸籍謄本等)を添付してください。
 ・被保険者が死亡し、被扶養者でない遺族が請求する場合は、続柄を確認できる書類(戸籍謄本等)を添付してください。
 ・被保険者が死亡し、生計維持関係にあった方がいないため、実際に埋葬を行った方が請求する場合は、(その方の氏名記載の)葬儀に要した費用の領収書原本、費用明細書を添付してください。

委任状	本請求の給付金に関する受療を、下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 (印)		
	受取代理人	住所 〒 -	氏名 (印)
		Tel - -	