

記入例

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	健 保 蝶 子 (被保険者との続柄： 祖母)		
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 (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)	円
振込先口座	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 口座名義人		
上記のとおり請求いたします。 カルビー健康保険組合理事長様 令和 年 月 日 住所 〒 被保険者 (請求者) 氏名 健 保 太 郎 印 TEL			

被保険者が亡くなった場合
 ●請求する方の住所、氏名を記入してください。
 ●被扶養者ではない遺族が請求する場合は、続柄確認のため、戸籍謄本等を添付してください。

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
	上のとおり相違ない 令和 年 月 日	
事業主証明欄 事業主の証明を受けない場合は、死亡を確認できる書類（戸籍謄本等）を添付してください 代表者名 印		

- 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 — —