

受付日付印

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給支払決議書	
常務理事	事務長
事務課(係)長	係
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
支払年月日	年 月 日

支給額	円
埋葬料	円
埋葬料付加金	円
埋葬費	円
埋葬費付加金	円

事業所担当者印

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 ( 請 求 者 ) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号 番号	被保険者の勤務 していた、または 勤務している 事務所の	名 称						
	死亡した 年月日	平成・令和 年 月 日			死亡原因					
	被保険者が死亡した ための請求である ときはその者の	氏名	埋葬した 年月日	埋葬に要 した費用	金	円				
	被扶養者が死亡した ための請求である ときはその者の	氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	死亡した被保険者と請求者との身分関係					
	老人保健法の医療を 受けていたとき	市町村 番号	受給者 番号	発行 機関名						
	給付金振込先	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農 協・漁 協	本店 出張所	預金種別	普通 当座	口座 番号				
	フリガナ									
	口座名義人									
	上記のとおり請求します。 住所 〒									
	TDK健康保険組合理事長 殿 請求者の 氏名 ⑩									
事業主の証明 するところ	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者	被扶養者	死亡した年月日	平成・令和 年 月 日				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ⑩									