

記入例

いずれか該当する方の文字を○で囲んでください。

健康保険 被保険者
被扶養者 埋葬料(費) 請求書

令和〇〇年 〇月 〇日提出

被保険者記号・番号		事業所の名称		所属	△△部〇〇課
1 2 3 - 4 5 6 7		〇〇工業株式会社		TEL	999-9999
被保険者(請求者)の氏名	健保 太郎	住所	〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1		
		電話	999 (9999) 9999		
死亡した年月日	平成/令和 〇〇年 〇月 〇日	死亡原因(病名)	肺炎		
被扶養者が死亡したとき被扶養者氏名	健保 花子	被保険者との続柄	母		
被保険者が死亡したとき被保険者氏名	該当 せず	被保険者と請求者との身分関係			
第三者の行為によるものですか		<input checked="" type="radio"/> いいえ ・ <input type="radio"/> はい			
第三者の行為によるものであるときは、その事実、第三者の住所および氏名(別途、第三者行為による傷病届を提出)					
振込先の確認	本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。(確認後□にチェック[✓]を付けてください。)				
	<input type="checkbox"/> 在職者: 事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み <input type="checkbox"/> 任意継続者: 資格取得申請書に記載された振込口座				
※上記振込先ではなく、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合 ⇒ <input type="checkbox"/> (チェック[✓]してください) <input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座をご利用の場合は下記にご留意ください。					
振込み先を必ず確認して□にチェック[✓]をご記入ください。					

武田薬品健康保険組合

<留意事項>

◎公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。
登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。

<添付書類>

1. 死亡診断書又は埋火葬許可証(何れも写しで可)。
2. 任意継続の場合で死亡した被保険者の認定外家族が請求する場合は、戸籍謄本または抄本(写し可)。