

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 請求書
被扶養者

		平成 年 月 日提出	
被保険者証記号番号		事業所の名称	
—		TEL	
被保険者 (請求者) の氏名と印	⑩	住所	〒
		電話	()
死亡した年月日	平成 年 月 日	死亡原因(病名)	
被扶養者が死亡したとき 被扶養者氏名		被保険者との続柄	
被保険者が死亡したとき 被保険者氏名		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		いいえ ・ 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)			
受取委任の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 (任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です)		
	平成 年 月 日 被保険者氏名 (請求者)		
⑩			

武田薬品健康保険組合

〈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)。