

【記入見本】青字の箇所をご記入ください。なお、「※この請求書に添えなければならない書類」により必要な書類を添付してください。

必ず 記入 者が 記入 する 在職 者と 二 者 の 任意 継続 被保 険者	健康保険		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族		埋葬料(費)・(埋葬付加金)請求		必ず押印して ください。	
	①被保険者証の記号番号	記号	100	・アストラゼネカ社員: 100 ・アレクシオンファーマ社員: 300		タナカ ハナコ		③
		番号	12345	②請求者の氏名及び生年月日	田中 花子		田中 (印)	
			1115	昭和 平成 38年3月3日生				
	④請求者の住所		〒 573 - 1115 大阪市 中央区 山町 1-1-1		⑤連絡先(電話番号)	(内線) (自宅) 06 - 1111 - 2222 (携帯) 090 - 3333 - 5555		
	⑥死亡年月日		令和 1年5月27日	⑦死亡の原因(傷病名等)	○○○○		死亡の原因は 第三者行為によるものですか	
	被扶養者が死亡したとき							
	⑧被扶養者氏名				⑨生年月日	昭平令	年月日	⑩続柄
	被保険者が死亡したとき							
	⑪被保険者氏名		田中 太郎		⑫請求者と死亡した被保険者との続柄	妻		
	⑬埋葬費として請求するとき (被保険者と請求者が生計維持関係のないとき)				埋火葬した年月日	令和 年月日		
					埋火葬に要した費用	円		
	⑭給付金の支払いについて		<p><input type="checkbox"/> 死亡者は被扶養者である。 ⇒ 給与振込口座に支払います。⑯へ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 死亡者は被保険者である。又は、任意継続被保険者の請求である。 ⇒ 請求者の名義又は受領委任した代理人の名義の金融機関口座に支払います。⑯～⑰へ</p>					
	⑮アストラゼネカ株式会社 代表取締役 堀井 貴史を代理人と定め、この請求に基づく給付金の受領を委任します。		<p>請求される方の名義の振込先を ご記入下さい。</p> <p>右端のプルダウンリストから所属会社を選択してください。</p>					
	⑯振込金融機関名		(フリガナ オオサカ) 大阪 信用金庫	銀行	金融機関コード 0027	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()	
(フリガナ ヤママチ) 山町 支店			本店	支店コード 001	名義	(フリガナ タナカ ハナコ) 田中 花子		
この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。								
⑰委任状		被保険者(請求者)の氏名及び印						
		代理人の 住 所 氏 名						

※この請求書に添えなければならない書類

1. 死亡診断書、埋火葬許可書のいずれか一方の写し又は事業主の証明書。
2. 死亡した被保険者と生計維持関係がない者が埋葬(葬儀)を行った場合は
死亡診断書、埋火葬許可書のいずれか一方の写しと埋葬費用の領収書。

[受付印]

※記入上の注意

1. 印ははっきり押し、印もれのないようにしてください。なお、訂正したときは③と同じ印を訂正印として押してください。(印鑑は認印可。スタンプ印・日付印は不可。)
2. ⑯には③と同じ印を押印してください。
3. 退職者(任意継続被保険者)で、被保険者(請求者)本人名義以外の口座に振込みを希望するときは、⑰により代理人に給付金の受領委任をしてください。なお、そのときは⑰に③に押した印と同じ印を押してください。
4. ⑦及び⑯の□には該当の事項に✓を入れてください。
5. 40歳以上の方で老化が原因で起きる「特定疾患(初老期の認知証、脳血管疾患など)」により介護保険法による介護サービスを受けている者が死亡した場合は、市町村が交付する通知書の写しを添付してください。