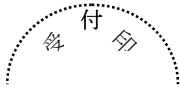


埋葬料（費）請求書【記入見本】



埋葬料（費）請求書

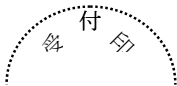
イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり請求します。

平成26年6月10日

請求者記入欄	被保険者証の 記号と番号	30	780000	事業所の 名称	〇〇株式会社	部・室 店名	人事部
	死亡した 被保険者氏名	井温 一郎			被保険者 住所	〒 〇〇〇 - ×××× 千葉県稲毛区△△3-3-3	
	被保険者 生年月日	昭和 平成	25	年 6 月 1 日	死亡の 原因 (傷病名)	胃癌	
	死亡年月日	平成	26	年 6 月 1 日	埋葬料 請求の 場合 は 埋葬 した 費用 の 額	円	(別紙証 書類の と)
	埋葬料 請求の 場合 は 埋葬 した 費用 の 額	平成		年 月 日			
第三者の 行為 に よ る も の で す か	いいえ ・ はい			※はいの方のみ「第三者の欄」を記入して下さい			
第三者の 氏名・住 所 (フリガナ)	(フリガナ)			〒			
第三者の 氏名・住 所 (不詳の ときは その旨)							
第三者 行為に ついて 詳しく 記入し て下さ い (場所、 原因等)				裏面【添付書類】をご確認の上必要書類の添付をお願いします。			
請求者 の 氏 名	(フリガナ)	イオン ハナコ		死亡し た 被 保 険 者 の 続 柄	××××		
請求者 の 住所	井温 花子		井温	妻	千葉県稲毛区△△3-3-3		
※シャチハタ印は使用しないで下さい。				TEL : 043(〇〇〇) ××××			
送金銀行 *ゆうちょ銀行 不可	みずほ	銀行 信金	千葉	本店 支店	口座 番号	7654321	フリガナ 口座名義
						イオン ハナコ 井温 花子	
※この委任状の欄は、請求者名義以外の口座へ送金される場合のみご記入下さい。							
委任状	イオン健康保険組合 理事長 殿			平成 年 月 日			
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			※シャチハタ印は使用しないで下さい			
	請求者 の 住 所	〒		請求者 の 氏 名 と 印	Ⓧ		
代理人 の 住 所	〒		代理人 の 氏 名 と 印	Ⓧ 請求者との 関係			
事業主証明	(死亡した被保険者氏名)			千葉県美浜区中瀬1-5-1			
	井温 一郎			〇〇株式会社			
26年6月1日死亡した			管理部長 田中 〇〇				
組合 処理 欄	支給額	埋葬料	¥	台帳照会		取得	
			¥	被保険者	・	喪失	・
	支給決定		支給決定伺		被扶	・	取得
	決定年月日	常務理事	事務長	課長	係	支給決定通知	出納日印
平成					平成		

※注意事項は裏面参照



埋葬料（費）請求書

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり請求します。

平成26年6月10日

請求者記入欄	被保険者証の記号と番号	30	790000	事業所の名称	〇〇株式会社	部・室名	人事部
	死亡した被保険者氏名	井温 二郎			被保険者住所	〒〇〇〇 - ×××× 千葉県稲毛区△△1-1-1	
	被保険者生年月日	昭和30年6月1日	平成	30年6月1日	死亡の原因(傷病名)	胃癌	
	死亡年月日	平成26年6月1日	平成	26年6月1日	埋葬費請求の場場合は埋葬を行った日	600,000	円
	埋葬費請求の場場合は埋葬を行った日	平成26年6月3日	平成	26年6月3日	埋葬費請求の場場合は埋葬費用の額	600,000 円 (別紙証拠書類のと)	
	第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい			※はいの方のみ「第三者の欄」を記入して下さい		
	第三者の氏名・住所(フリガナ)	イオン ハジメ			請求者の住所	〒〇〇〇 - ×××× 千葉県千葉市〇〇町1-2	
	第三者の氏名・住所(不詳のときはその旨)	井温 一			請求者の住所	〒〇〇〇 - ×××× 千葉県千葉市〇〇町1-2	
	第三者行為について詳しく記入して下さい(場所、原因等)	井温 一			請求者の住所	〒〇〇〇 - ×××× 千葉県千葉市〇〇町1-2	
	請求者の名	井温 一			請求者の住所	〒〇〇〇 - ×××× 千葉県千葉市〇〇町1-2	
送金銀行	みずほ	銀行	千葉	本店	1234567	フリガナ	イオン ハジメ
*ゆうちょ銀行不可	信金	支店	口座番号	1234567	フリガナ	口座名義	井温 一
※この委任状の欄は、請求者名義以外の口座へ送金される場合のみご記入下さい。							
委任状	イオン健康保険組合 理事長 殿				平成 年 月 日		
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				※シャチハタ印は使用しないで下さい		
	請求者の住所	〒	請求者の氏名と印	印	代理人の住所	〒	代理人の氏名と印
事業主証明	(死亡した被保険者氏名)				請求者との関係		
	年 月 日 死亡したことを証明する				印		
組合処理欄	支給額	埋葬料 円	埋葬		台帳照会		
	被保険者	取得			取得		
	被扶	喪失			取得		
	支給決定	支給決定日		支給決定通知		出納日印	
決定年月日	常務理事	事務長	課長	係	平成	平成	

裏面【添付書類】をご確認の上必要書類の添付をお願いします。

死亡診断書(写)または火葬許可証(写)ない場合は事業主が証明