

レンゴー健康保険組合 御中

常務理事	事務長	係	埋葬料	
				円
資格取得日	年	月	日	埋葬付加金
資格喪失日	年	月	日	支給額

被保険者
家族

埋葬料(費)・付加金請求書

請求者が記入するところ	事業所名		被保険者等記号・番号		請求者氏名		
	○○○株本社		10 - 12345		健保 健子		
	請求者の住所		△△市北区○○2-2-2				
	死亡年月日	令和 4 年 11 月 19 日	死亡原因	肺炎	第三者行為によるものですか ○:いいえ 1:はい		
	被扶養者(家族)が死亡した請求のとき						
	被扶養者 氏名				埋火葬した年月日	令和 年 月 日	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			被保険者との続柄		
	被保険者(本人)が死亡した請求のとき						
	被保険者 氏名	健保 太郎			埋火葬した年月日	令和 4 年 11 月 21 日	
	埋火葬に 要した費用	請求者が生計維持関係でなかった場合のみ記入 (領収書添付)			請求者と被保険者との 続柄	妻	
委任状	レンゴー健康保険組合理事長 殿 上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。 被保険者 住 所 (死亡の場合は請求者) 氏 名 健保 健子						
	令和 4 年 12 月 1 日 △△市北区○○2-2-2 給付の受取に必要な項目です。 忘れずに記入してください。						

※注意・市区町村長の埋火葬許可証(写)または死亡診断書(写)を添えてください。

・請求者が、被保険者により生計維持されている場合、その他の添付書類は不要です。

ただし、被扶養者でない場合は、別途書類を求める場合があります。

(事業主が家族関係を把握している場合は右に□をしてください 人事データを確認済み

・被保険者死亡で、請求者が生計維持関係でなかった場合は、埋葬に要した費用の領収書(原本)を添えてください。