

令和 年 月 日

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

## 埋葬料（費）・家族埋葬料支給請求書

被 保 情 報 者	事業所名	記号	番号
	氏名	連絡先 電話番号	

請 求 者 記 入 欄	死亡者の氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	本人・家族	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	続柄 <small>(本人の場合記入不要)</small>	
	死亡年月日	令和 年 月 日		
	死亡の原因 (具体的に)			
	第三者の行為 による場合	その事実		
		住所		
		氏名		
	◆家族死亡の場合のみ記入 ※自署してください。			
	請求金額の受領を事業主に委任します。			
	氏名			
	◆本人死亡の場合のみ記入（*）			
	埋葬を行った日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用	円
	請求者の氏名	被保険者からみた 請求者の続柄		
	請求者の住所	〒 - 都・道 府・県		
				請求者の連絡先 電話番号
金融機関名	銀行・金庫・信組 農協・その他（ ）	店名	支店・本店・出張所 その他（ ）	
金融機関コード			店番	
口座番号	普通 ・ 当座			
口座名義 (カタカナ)				

組 合 記 入 欄	支給並びに支出決済伺		常務理事	事務長	担 当	健保受付
	支給額	<input type="checkbox"/> 50,000 円				
		<input type="checkbox"/> 円				

(注意) 死亡が確認できる書類（死亡診断書の写し、住民票（除票）等）を添付すること。  
 (\*）本人死亡の場合で、埋葬料を受領する者が配偶者又は健康保険の扶養家族以外の方は、埋葬に要した費用の領収書（本紙）を添付してください。