

支給決定伺		伺年月日	令和	年	月	日
		決裁年月日	令和	年	月	日
支給決定額		常務理事	事務長	課長	係	
法定	円					
付加	円					

被保険者 埋葬料 請求書
家族 埋葬料付加金

被保険者証の 記号・番号	記号		事業所の 名称	
	番号			
資格取得 年月日	昭・平・令 年 月 日		死亡日	令和 年 月 日
資格喪失 年月日	令和 年 月 日		埋葬日	令和 年 月 日
死亡した被保 険者の氏名 ・生年月日			死亡した 原因	
	昭・平・令 年 月 日			
被保険者と埋葬 した者との続柄			*埋葬に要 した費用	円
死亡した被扶養者 の氏名・生年月日	(氏名)	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 との続柄	
死亡原因が第三者 の行為の場合は その事実並びに 住所・氏名				
死亡に関する 事業主の証明	上記の通り相違ないことを証明します 令和 年 月 日 事業主(又は代理人) 住所 氏名 (印)			

上記のとおり請求します		令和 年 月 日
BIPROGY健康保険組合 御中		
上記金額受領方を	に委任します	
請求者 〒		
住所		
氏名	(印)	
電話		
* 振込希望口座	銀行	支店 普通 NO. 当座

◎請求上の注意

- 一、この様式は被保険者又は被扶養者が死亡した場合に、埋葬料及び埋葬料付加金の請求をするものです
- 二、この請求をする時は、この様式に記入のうえ、会社の証明を受けて当組合に提出して下さい
- 三、この請求が被保険者である場合は、請求書の表題の「被保険者」を○で囲み、被扶養者である場合は、「家族」を○で囲んで下さい
- 四、死亡した被扶養者の氏名・生年月日欄は、被扶養者の死亡の場合に限って記入して下さい
- 五、*印箇所は被保険者埋葬料の請求に限り、埋葬に要した費用及び振込希望口座を記入して下さい

(ここで知り得た個人情報、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)