

{ 被保険者 } 埋葬料 (費) 請求書  
 { 被扶養者 }

PD

請求者	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者氏名		
	事業所の名称		職場		
	死亡した年月日	平成 年 月 日	埋葬した年月日	平成 年 月 日	
	死亡した原因		第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい	
記入するところ	被保険者が死亡した場合	死亡した被保険者と請求者との関係	続柄	埋葬に要した費用 〔死亡した被保険者と請求者が生計維持関係のない場合のみ記入〕	金 円 (別紙証拠書のとおり) (注3)
	被扶養者が死亡した場合	氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日	被と保の險続者柄
	備考	上記のとおり申請いたします。 平成 年 月 日 〒 住所 請求者氏名 YKK健康保険組合理事長 殿			

※原則として経費口座（キャッシュレス口座）に振込みます。  
 ただし、被保険者が死亡した場合のみ、下記の送金口座をご記入ください。

送金依頼	振込先金融機関名	銀行・信金 信組・農協	店出張所
	預金種別 口座番号	普通 当座	No.
	フリガナ		TEL
	預金名義人 (請求者名義のみ)		( ) -

受付印

1. 請求者の記入欄は必ず記入してください。
2. この請求書に、**除籍謄本、火葬許可証の写、死亡診断書（死体検案書）の写**のうち、いずれか一つを添付してください。
3. 被保険者が死亡し、**生計維持関係のない人**が埋葬を行い費用を請求する場合のみ、埋葬に要した費用の領収書・明細書（費用の内訳として品名、数量、単価および金額が明記してあること。）を添えてください。
4. 埋葬料は毎月末日（支払日が休日の場合はその前日）に支払われます。
5. この請求書は**毎月18日に締切**りますから当日までに健康保険組合に提出してください。

ご記入いただいた個人情報、埋葬料等の振込みにのみ利用させていただきます。