

0:埋葬料(埋葬費)・埋葬料(埋葬費)付加金
 1:家族埋葬料・家族埋葬料付加金
 (兼 被扶養者資格喪失届) 請求書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。
 注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。
 注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

(1)被保険者証の記号 (2)被保険者証の番号 (3)死亡者の氏名

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(4)死亡の日 (5)死亡の原因

7:平成 9:令和 年 月 日

0:病死、自然死
 1:事故死、災害死
 2:その他

〈添付書類〉
 ・死亡診断書(死体検案書)の写し
 ・埋葬費請求の場合は埋葬に要した費用に関する領収書等
 (コピー不可)
 ※亡くなった方の保険証を添付して下さい

※本人死亡の場合は、この欄にも記入してください。

(6)請求者住所・電話番号

〒 <input type="text"/>	住 都 市 区 所 道 区 郡 府 県
電話(自宅・携帯) <input type="text"/>	

(7)請求者氏名(通常表記)

<input type="text"/>

(8)金融機関名 (9)支店名 (10)預金種目 (11)口座番号

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 1:普通 2:当座	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	-----------------------------------	----------------------

(12)金融機関コード (13)支店コード (14)口座名義(カタカナ表記)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

○本人死亡で老人保健該当者は、医療受給者証の発行機関名、番号を記入してください。

発行機関名	<input type="text"/>
番号	<input type="text"/>

上記のとおり、事業主を経由して請求いたします。 年 月 日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

請求者 氏名 (被保険者:) ①*

* 被保険者等が自ら記入する場合は押印は省略可

事業主記入欄	保険証の添付 ... 有・無				
上記のとおり相違ないことを証明する。	年 月 日	事業所 使用欄	簡 所 長 ①	電 話 -	健保担当課 ①
所在地 〒 -		事業主整理番号			
名称					
事業主名	①				

備考 事業主を経由せず直接、健康保険組合に請求する場合は「上記のとおり、事業主を経由して請求いたします。」のように、「事業主を経由して」の部分に二重線で抹線して提出してください。その場合は事業主の証明は不要です。
 なお、事業主を経由しない場合は、被扶養者資格喪失届は兼ねませんので、別途、事業主に被扶養者(異動)届を提出してください。