

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)被保険者等記号 (2)被保険者等番号 (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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0: 病死、自然死 1: 事故死、災害死 2: その他
----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------------------

7:平成 9:令和 年 月 日

《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・資格確認書を添付して下さい

※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 府 県 郡
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"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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:)
 (との続柄:)

事業主記入欄	保険証・資格確認書等の添付 ・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	電 話	健保担当課
所在地 〒 -					
名 称					
事業主名		事業主整理番号			