

被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

被 保 險 者 記 入 欄	下記により請求します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">請求者住所 請求者氏名</div>								
	KOA健康保険組合理事長 殿								
	被保険者証の 記号と番号		記号		番号		所 属 名		
	被保険者が死亡した ときはその氏名					被 保 険 者 の 生 年 月 日	年 月 日		
	被扶養者が死亡した ときはその氏名					被 扶 養 者 の 生年月日及び続柄	年 月 日 続柄 ()		
	死亡した年月日		令和 年 月 日			死 亡 原 因			
	埋葬をした年月日		令和 年 月 日			埋葬に要した費用	円		
	死亡が第三者の 行為による場合		第三者の 住所氏名						
事故の状況									
事 業 主 証 明 欄	この請求内容が正しいことを証明します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">事業主 住 所 氏 名</div>								
健 康 保 險 組 合 記 入 欄	受付年月日		令和 年 月 日		決定年月日		令和 年 月 日		
	支給決定金額		円		支払年月日		令和 年 月 日		
	内 訳	法定給付		円					
		附加給付		円					
	常務理事		事 務 長		担 当 者				