

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 請求者住所 請求者氏名 KOA健康保険組合理事長 殿				
	被保険者証の 記号と番号	3 4 第 号	所 属 名		
	被保険者が死亡した ときはその氏名		被 保 險 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 事業主 住 所 氏 名				
	受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日	
健 康 保 險 組 合 記 入 欄	支給決定金額		円	支払年月日	
	内 訳	法定給付	円		
		附加給付	円		
	常務理事		事 務 長		担 当 者