

埋葬料(費) (付加金) 請求書

請求者が記入するところ	① 被保険者の	記号		番号		② 事業所名							
	③ 死亡した年月日	令和 年 月 日 死亡											
	④ 死亡原因					⑤ 第三者行為によるもの	はい ・ いいえ						
	⑥ 被保険者が死亡したための請求である時はその者の	A 氏名				B 死亡した被保険者と請求者との身分関係							
			C 埋葬日				D 埋葬に要した費用の額	円					
	⑦ 被扶養者が死亡したための請求である時はその者の	E 氏名				F 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	G 続柄		
	⑧ 備考												
	⑨ 振込先被保険者(請求者)名義の口座を指定	銀行名				口座番号	1.普通	2.当座					
		支店名				名義(加付)							
	⑩ 上記のとおり請求します。	令和 年 月 日											
被保険者の 住所 (請求者) TEL 氏名 <input type="checkbox"/> 本請求書の提出を事業主へ委任します。(事業主証明を依頼するため、請求書を事業主へ提出する場合は☑)													
T I S インテックグループ健康保険組合理事長 殿													

T I S インテックグループ健康保険組合

⑪ 受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。										
	令和 年 月 日										
	被保険者の 住所 (請求者) 氏名										
	代理人の 住所 住 所 氏名				委任者と代理人との関係						
振込先(代理人名義の口座を指定)	銀行名				口座番号	1.普通	2.当座				
	支店名				名義(加付)						

事業主が証明するところ	⑫ 死亡した者の氏名				⑬ 死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者					
	⑭ 死亡した年月日	令和 年 月 日 死亡									
	⑮ 上記のとおり相違ないことを証明します。										
住所 事業所名 事業主名											
令和 年 月 日											

備考欄												⑯ 令和 年 月 日 提出
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------