

記入見本
記入上の注意参照

支給決定額	支給決定日	令和	年	月	日	給付記録
円	常務理事	マネジャ				

被保険者本人が死亡した場合は、埋葬料を請求する者の住所・氏名を記入してください。

被保険者 **家族** 埋葬料(費)請求書

(記入上の注意)

・表題の「被保険者」と「家族」はいずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
 ・死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行うべき者以外の者がこの請求をする場合は表題の「料」の文字を抹消し、⑦⑩欄を必ず記載するとともに埋葬に要した費用の領収書（費用の内訳として品目、数量、金額が

① 健康保険証	記号	100	② 被保険者 (請求者)	住所	〇〇県〇〇市△△…		
	番号	999		氏名	健保 太郎		
③ 資格取得年月日	昭和 平成 X 年 X 月 X 日			⑤ 事業所の名称・所在地	□□□株式 東京都〇〇		
④ 資格喪失年月日	令和 年 月 日			⑦ 死亡した被保険者名 (生年月日)			
⑥ 被保険者の(最後の)標準報酬月額	千円		⑧ 死亡年月日	令和 X 年 X 月 X 日	⑨ 死亡した原因	肺炎	
⑩ 埋葬年月日 (葬儀)	令和 X 年 X 月 X 日		⑪ 死亡した被保険者と請求者との関係			⑫ 埋葬に要した費用 (添付の通り)	xxx万 円
⑬ 死亡した被扶養者の氏名・生年月日・続柄	健保 千鶴			昭・平・令 X 年 X 月 X 日生	続柄 (母)		

家族であっても被扶養者でない場合は、続柄の証明できる戸籍謄本や住民票の写し等を添付してください。

⑭ 死亡に関し事業主が証明するところ

上記のとおり相違ないことを証明する。
 令和 xx 年 xx 月 xx 日

事業主 名称・所在地 東京都〇〇区△△町1-2
 又は □□□株式会社
 代理人 氏名 代表取締役社長 神田 一郎

⑮ 確認欄

本請求について、下記の項目を確認しました。 令和 xx 年 xx 月 xx 日

- ①又は②の要件を満たしたものである。
 ①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。
 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
- HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。
- 内容に関し健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。

受付日付印

振込希望先	金融機関	銀行・信用金庫	普通・当座	フリガナ
	被保険者(請求者)の氏名	資格喪失後の死亡に関する請求のときのみ記入してください。		
				FAX (- -)