

※ 支 払 給 決 議 書	同年月日	年	月	日	常務理事	事務長		担当者	被扶養者 照 合
	支 払 額	拾万	万	千	百	拾	円		
	支払決定の額	法定	拾万	万	千	百	十	円	死亡した日
	付加						円		資格
									得
									喪

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 請求書
家 族 埋葬料(費)付加金

◎記入方法については、例面の「記入上のご注意」をご確認ください。

(1) 被保険者証の 記号と番号	記号	(2) 被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名 ・ 生 年 月 日	フリガナ						
	番号		(3) 昭和・平成・令和 年 月 日						
(4) 被 保 険 者 (請 求 者) の 住 所	(〒 -)		TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。						
(5) 事 業 所 の 名 称 住 所			TEL ()						
(6) 死 亡 し た 年 月 日	令和 年 月 日	(7) 死 亡 原 因	(8) 第三者行為に よるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
●家族(被扶養者)が死亡したための請求であるとき									
(9) 被 扶 養 者 氏 名	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄			
●被保険者が死亡したための請求であるとき									
(10) 被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 から みた 請 求 者 と の 身 分 関 係								
(11) 埋 葬 を 行 っ た 年 月 日	令和 年 月 日	(12) 埋 葬 に 要 し た 費 用 の 額						円	
(13) 亡くなられた方は、退職等により当組合の被保険者資格の喪失後に家族の□ 被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3ヵ月以内になくなられたとき□ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき									
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた 健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。						保険者名			
						記号・番号			

事業主が 記入する ところ	(14) 死 亡 し た 方 の 氏 名	(15) 死 亡 し た 方	<input type="checkbox"/> 被 保 険 者 <input type="checkbox"/> 被 扶 養 者	(16) 死 亡 し た 年 月 日	令和 年 月 日
	(17) 上記のとおり相違ないことを証明する。 証明日 令和 年 月 日				
	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	TEL ()	

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

*在籍者の振込先は給与の第1口座になりますので記入は不要です。ただし、
給与口座が郵便局の場合は下記に郵便局以外の金融機関をご記入ください。
また、被保険者が死亡した場合は請求者の郵便局以外の金融機関をご記入ください。

受 付 日 付 印

(18) 振込 希望 口座	銀行		支店
	預金の種別	口座番号	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義