

支給決定額 円	支給決定日 令和 年 月 日				給付記録 入力済印
	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者	

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、⑦⑩⑫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

被保険者(又は家族)が記入するところ	① 被保険者等	記号	② 被保険者(請求者)	住所		
		番号		氏名		
	③ 資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	⑤ 事業所の名称・所在地		
	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)	(昭・平・令 年 月 日生)	
	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 年 月 日	⑨ 死亡した原因	
⑩ 埋葬年月日(葬儀)	令和 年 月 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)	円	
⑬ 死亡した被扶養者の氏名・生年月日・続柄	昭・平・令 年 月 日生 続柄 ( )					

・市町村長が発行した「埋葬許可書」若しくは「火葬許可書」の写又は「死亡診断書」「死体検案書」の写を添付して下さい。  
 ・⑩欄は、資格喪失後の死亡のみ記入して下さい。

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 年 月 日 事業主 名称・所在地 又は 代理人 氏名
--------------------	--

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 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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

⑯ 振込希望先	金融機関名	銀行・信用金庫	口座番号	普通・当座	フリガナ
		本店・支店・出張所			口座名義
	被保険者(請求者)	住所 氏名	TEL ( - - ) FAX ( - - )		