

常務理事	事務長	係

資格取得日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日
死亡年月日	年	月	日

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	1324 -	社員No.	-		
	被保険者 氏名		生年月日	昭平令 年 月 日	電話番号	()
	住所	〒 -				
被保険者(申請者)記入欄	死亡年月日	昭平令 年 月 日	死亡原因			
	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい → 「第三者行為による傷病届」を提出 (第三者から埋葬料(費)の補償がある場合は 埋葬料(費)請求はできません) <input type="checkbox"/> いいえ				
	申請者氏名		申請者住所	〒 -		
	被保険者から見た申請者との身分関係		埋葬年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用 ※飲食代、香典返し除く	円
	亡くなられた方は、退職等により当健康保険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か月以内に亡くなられたとき 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か月以内に亡くなられたとき		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
「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被保険者名と記号・番号をご記入ください。		保険者名 記号・番号				
本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日記入 氏名 (申請者)						

振込先口座	振込銀行口座(※請求者名義の口座に限る)							
	金融機関コード				店番号			
	□銀行		□信用金庫		□本店			
□()				□支店				
				□出張所				
□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します 注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			口座番号			口座名義(カナで記入)		
普通								

添付書類	①埋葬料 ・請求者:被扶養者 □死亡診断書・埋葬許可書または火葬許可書の写し ・請求者:被扶養者以外で被保険者により生計を維持されている者 □死亡診断書・埋葬許可書または火葬許可書の写し □被保険者との身分がわかる書類の原本(戸籍謄本、住民票等)	②埋葬費 ・請求者:①以外で実際に埋葬を行った者 □死亡診断書・埋葬許可書または火葬許可書の写し □埋葬に要した領収書原本(請求者氏名が記載されているもの) □埋葬に要した費用の明細書原本
------	--	--

※消えるボールペン等の筆記用具や修正テープは使用は不可
※訂正部分は二重線で抹消し、被保険(申請)者の訂正印またはサインが必要

書類提出先→人事総務G

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。			
	令和 年 月 日証明	事業所所在地	受任者	事業所名称
				事業主氏名

※記載内容の訂正箇所には事業主の押印、サインをお願いいたします。