

※支給決定日		支給決定日 令和 年 月 日			
支給額	法定給付	款 項 目	常務理事	事務長	担当
	合計	円			

**健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）請求書**

被保険者（請求者） が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 ○○ 番号 ○○○	被保険者資格取得日	平成 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	令和 年 月 日
	被保険者（請求者）氏名 生年月日	フリガナ <b>ケンボ ハナコ</b> <b>健保 ハナコ</b>		被保険者（請求者）住所	〒123-4567 ○○県○○市○○町1-2-3 ××ハイツ123号 電話 ○○ (○○) ○○○○	
	所属事業所及び部署名	<b>株式会社 健康保険 組合部</b>		電話 ○○ (○○) ○○○○		
	死亡した年月日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	死亡原因	<b>脳卒中</b>		第三者の行為によるものですか はい・いいえ
	被扶養者が死亡した場合 死亡した者の氏名・生年月日・続柄	フリガナ 昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者との続柄	(備考)	
被保険者が死亡した場合 死亡した者の氏名・生年月日・身分関係 葬祭日・葬祭費用	フリガナ <b>ケンボ タロウ</b> <b>健保 太郎</b>		被保険者との身分関係	<b>妻</b>		
生計維持されていなかった者が請求する場合	埋葬した年月日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	埋葬に要した費用	円		

※死亡についての事業主の下記証明欄の記入、又は、火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書（写）のうちいずれか1つを添付してください。

※被保険者が死亡した場合は、被扶養者または被扶養者以外の遺族（配偶者・子・父母・兄弟姉妹）が請求してください。被扶養者以外の遺族が請求される場合は、被保険者との続柄が確認できる書類（住民票・戸籍謄本等）を添付してください。

※被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬に要した費用の「領収書」（費用内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの）を添付してください。

**※生計維持されていなかった人が請求する場合は、金額をご記入ください。**

事業主の証明する欄	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日
	所在地	<b>※事業主記入欄</b>
	事業主 名称	
	氏名 電話	

委任状	私は、埋葬料・埋葬付加金の受領に関することを事業主に委任いたします。	令和 年 月 日
	被保険者氏名 <b>※被扶養者が死亡した場合、ご記入ください</b>	

支払金融機関	※被保険者が死亡し、埋葬料（費）を受け取る人の金融機関振込指定先をご記入ください	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合
	<b>※被保険者が死亡した場合、ご記入ください</b>	

令和 年 月 日提出  
受付日付印