※支給決定伺			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

被保険者等記号・番号	記号 ○○ 番号 ○○○	被保険者資格取得日	平成・令和 ○○年 0月 1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 ケンポ　ハナコ 健保　ハナコ 昭和・平成・令和 ○○年 ○○月 ○○日	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	株式会社 健康保険　組合部		電話 ○○（○○）○○○○		
死亡した年月日	令和 ○○年 0月 9日	死亡原因	脳卒中	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 ケンポ　タロウ 健保　太郎 昭和・平成・令和 ○○年 ○○月 ○○日	被保険者と請求者との身分関係	妻		
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 0月 4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。

※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。

※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。

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

事業主　所在地
名　称
氏　名
電　話

※事業主記入欄

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　※被扶養者が死亡した場合、ご記入ください

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
信用組合　支店
口座番号
名義人（カタカナ）

※被保険者が死亡した場合、ご記入ください

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

エイチ・アイ・エス健康保険組合

2023.4