

※支給決定何			支給決定日 令和 年 月 日			
支給額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担当
	付加給付	款 項 目	円			
	合 計		円			

健康保険 **被保険者** 家 族 埋葬料（費）・付加金請求書

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 ○○ 01 01	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 ケンポ ハナコ 健保 ハナコ (印)	住所	〒123-4567 ○○県○○市○○町1-2-3 ××ハイツ123号			
	所属事業所及び部署名	株式会社 健康保険 組合理		電話	○○ (○○) ○○○○		
	死亡した年月日	令和 ○○ 04 09	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 (印)	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 ○○ 04 12	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がないため、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
	所在地	※事業主記入欄 (印)	
	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	※被扶養者が死亡した場合、ご記入ください (印)	

支払金融機関	銀行 本店	
	信用金庫 支店	
	信用組合	
	※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	※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