

| | | | | | | |
|--------|------|-------|----------------|------|-----|----|
| ※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 | 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 ○○年 ○月 ○日 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 ケンポ ハナコ 健保 ハナコ | | 被保険者（請求者）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 ○○年 ○月 ○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 | 被保険者との身分関係 | 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 ○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。

※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 |
| | 所在地 | ※事業主記入欄 |
| | 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 |

| | | |
|--------|--|------------|
| 支払金融機関 | 銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 | 令和 年 月 日提出 |
| | ※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 | 受付日付印 |
| | ※被保険者が死亡した場合、ご記入ください | |