

健康保険  被保険者  家族 埋葬料(費) 請求書



<被保険者または請求者記入用> **1 枚目**

※ 印刷は、A 4 片面でお願いします。

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。  
 2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)  
 3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

① 提出日		令和 年 月 日		健康保険組合より問合せする場合の連絡先をご記入ください。	
② 被保険者証		記号	番号	③ 事業所名 (会社名)	連絡先 TEL
④ 被保険者名		(フリガナ)		⑤ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
⑥ 現住所		(〒 - ) (電話 )			
死 亡 し た 方	⑦ - 1 被保険者の場合				
	⑦-1-1 死亡年月日		⑦-1-2 死亡原因(病名など)		
	令和 年 月 日				
	⑦-1-3 第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		※ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出ください。
	⑦-1-4	(フリガナ)		⑦-1-5	被保険者からみた請求者との続柄
	請求者氏名				
	※請求者が当健康保険組合に加入履歴がない場合は、身分関係(続柄)を証明する書類が必要です。「記入の手引き」をご覧ください。				
	⑦-1-6	(〒 - ) (電話 )			
	請求者住所				
	⑦-1-7 埋葬に要した費用	円 ※埋葬に要した費用は、被扶養者以外の者が埋葬された場合に支払われるものです。この場合は「埋葬費」として請求され領収書(写)の添付が必要です。			
⑦ - 2 家族(被扶養者)の場合					
⑦-2-1 死亡した家族(被扶養者)の氏名		⑦-2-2 生年月日		⑦-2-3 被保険者との続柄	
(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			
⑦-2-4 死亡年月日		⑦-2-5 死亡原因(病名など)			
令和 年 月 日					
⑦-2-6 第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		※ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出ください。	
⑧ 死亡した方が家族で被保険者が在籍の場合		委任状 給付金の受領を事業主へ委任します。 被保険者署名			
⑨ 任意継続被保険者からの請求または被保険者が退職後(予定含む)の請求の場合		埋葬料(費)振込先 銀行・農協 支店 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 信金・信組 出張所 <input type="checkbox"/> 当座			
		口座番号	口座名義	(フリガナ)	

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。  
 2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）  
 3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

⑦ 死亡した方の氏名	① 被保険者・被扶養者の別	
	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者
⑦ 死亡年月日	令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所 所在地 事業所 名称 事業主 氏名		

**事業主による確認欄（必ずチェックをしてください）**

確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出について、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

本件問合せ連絡先	担当者名	
	TEL	

（必ず記入してください）

他に連絡事項があれば記入してください	
--------------------	--