

「埋葬料（費）請求書」 記入の手引き <被保険者または請求者用>

(下記の丸文字は請求書の丸文字と照合してください。)

- ① 必ず記入ください。
- ② 保険証に記載されています。
- ③ 保険証に記載されています。

死亡した方が被保険者（任意継続被保険者含む）の場合

- ⑦-1-2 死亡原因について具体的に記入ください。
- ⑦-1-3 「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付ください。
- ⑦-1-4 請求者が当健康保険組合に加入履歴のない場合は、下記添付書類が必要です。
- ⑦-1-7 家族（被扶養者）以外の者が埋葬された場合、埋葬費に要した金額を記入ください。
 - ⑧ 記入不要です。
 - ⑨ ⑦1-6の請求者名義の振込先を記入ください。

死亡した方が家族（被扶養者）の場合

- ⑦-2-5 死亡原因について具体的に記入ください。
- ⑦-2-6 請求者が当健康保険組合に加入履歴のない場合は、下記添付書類が必要です。
 - ⑧ 委任状について、給付金は給料に含めて事業所（会社）より支給されるため、被保険者が在籍している場合は、ご記入ください。退職予定の場合は、事業所（会社）担当者へ委任状が必要かどうか確認をお願いします。
 - ⑨ 任意継続被保険者・被保険者が退職者または⑧の委任状不要に該当するの方は、振込先をご記入ください。

【添付書類】

1. 次のいずれか1つのコピー
死亡診断書、死体検案書、検視調査書、埋葬許可証、火葬許可証
2. 下記の項目に該当する場合（いずれも原本が必要です）

該当する項目	添付書類
⑦-1-3 ⑦-2-6 「はい」の場合	「第三者行為による傷病届」
⑦-1-4 請求者が当健康保険組合に加入履歴のない場合	亡くなった被験者との身分（続柄）を証明する書類の原本（例）住民票、戸籍謄（抄）本 など
⑦-1-7 該当する場合	埋葬に要した費用額の記載がある領収書・明細書の原本

□には該当する方に☑を付してください。

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）請求書 受付印

<被保険者または請求者記入用> 1枚目

① 事業主へ提出する日を必ず記入ください。
※印刷は、A4片面でお願いします。

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。
連絡先 TEL 職場 自宅 携帯

① 提出日 令和 年 月 日

② 被保険者証 記号 番号 ③ 事業所名 (会社名) ③

④ 被保険者氏名 (フリガナ) ⑤ 生年月日 B E

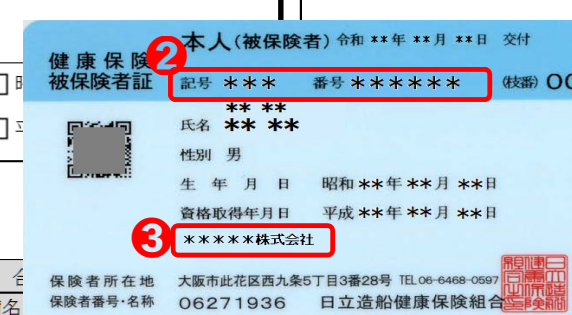
⑥ 現住所 (〒 -) (電話)

⑦ - 1 被保険者の場合
⑦-1-1 死亡年月日 令和 年 月 日 ⑦-1-2 死亡原因(病名)
⑦-1-3 第三者行為によるものですか はい 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)
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 (フリガナ) ⑦-2-2 生年月日 昭和 平成 年 月 日 ⑦-2-3 被保険者との続柄 方
⑦-2-4 死亡年月日 令和 年 月 日 ⑦-2-5 死亡原因(病名など)
⑦-2-6 第三者行為によるものですか はい 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死亡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 普通 当座
信金・信組 出張所
口座番号 口座名義 (フリガナ)



3. 記入方法は、この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を使用してください。訂正印を押印してください。訂正液・修正テープ等での訂正は認められません。