

被保険者 埋葬料（費） 請求書
家族 埋葬料付加金

記入の方法は、裏面に記載されていますので、よくお読みになります。必要事項を黒のボールペンで記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者等記号・番号				② 被保険者（請求者） 氏 名															
									生 年 月 日				昭・平 年 月 日生							
	③ 被保険者（請求者） 住 所				〒				電話				— —							
	④ 事業所所在地 事業所名称				〒				電話				— —							
	⑤ 死 亡 日 年 月 日				令 和	年 月 日				⑥ 死 因					※コード	⑦ 第三者行為によるものですか				
																	はい・いいえ			
	⑧ 被扶養者が死亡したとき その方の				氏 名					生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日				続 柄				
	⑨ 被保険者が死亡したとき その方の				氏 名					生年月日	昭和 平成	年 月 日				請求者との 関 係				
					埋 葬 年 月 日	令 和	年 月 日				埋 葬 に 要 し た 用 費				円					
	⑩ 介護保険法のサービスを受けていたとき				保 険 者 番 号				被 保 険 者 番 号				保 険 者 名 称							

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑪ 死 亡 し た 方 の 氏 名					死亡した方 区 分	被保険者 被扶養者	死 亡 日 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								
住所									
事業主 氏 名									
電話 — —									

備 考									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

委 任 状	⑫ 本請求に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。
	令和 年 月 日
	被 保 険 者 住 所 (請 求 者) フリガナ 氏 名
	委任された方 住 所 (事 業 主) 氏 名

給付金の振込先銀行 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください。なお、退職(資格喪失)後、被保険者(請求者)送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。

受 付 日 付 印

【記入上の注意】

1. ⑥欄の死因について必ず記入してください。
2. 被保険者の死亡のとき、被扶養者以外の生計関係のある方が埋葬を行った場合、生計関係並びに続柄を示す書類（住民票・戸籍謄本など）の（写）を添付してください。
3. 被保険者が資格喪失後3ヵ月以内に死亡の場合や、事業主が死亡の場合には、「死亡診断書」又は「埋（火）葬許可証」の（写）を添付してください。
4. 事業主本人が死亡した場合は、事業主の証明するところは、新しい事業主か、代理人（役員等）が証明してください。
5. 被保険者の死亡のとき、生計関係のない方が埋葬を行った場合、埋葬に要した費用の領収書の（写）[宛名に請求者氏名が明記のもの]を添付してください。
6. 第三者行為（交通事故や傷害等他人の行為が原因）による死亡の場合、別途「第三者行為による傷病届」を提出してください。
7. 保険給付を受ける権利の消滅時効は2年です。埋葬料・家族埋葬料は死亡の翌日から2年以内、埋葬費は埋葬した日の翌日から2年以内にご申請ください。
8. 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください。
9. 被保険者の死亡で、請求者に振込む場合、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」をご提出ください。
10. 記入事項の訂正をしたときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
11. 「※コード」欄は、記入しないでください。