

※支給決定日		支給決定日 平成 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

被保険者証の記号番号	記号	〇〇		被保険者資格取得日	平成	5	0	0	1	0	1	資格取得年月日	平成	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	番号	〇〇〇			5		0	0	1	0	1	資格取得年月日	平成	〇	〇	〇	〇	〇	〇
被保険者(請求者)氏名 生年月日	フリガナ	ケンボ ハナコ		被保険者(請求者)住所	〒123-4567														
	<b>健保 花子</b>		印		〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号														
昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		電話		〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇															
所属事業所及び部署名		<b>株式会社 健康保険 組合部</b>		電話 〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇															
死亡した年月日	平成	〇	〇	死亡原因	<b>脳卒中</b>														
	年	0	4		0	9	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	(備考)																	
	昭和・平成 年 月 日		被保険者との続柄																
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	ケンボ タロウ		被保険者(請求者)との身分関係	<b>妻</b>														
	<b>健保 太郎</b>		印																
昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日																			
生計維持されていなかった者が請求する場合		年	〇	月	〇	日	0	4	1	2	埋葬に要した費用	※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							
		円	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	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、死体検案書のうちいずれか1つを添付(写)してください。

※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。

※被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の者による請求の場合は、亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類(戸籍謄本、住民票等)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。																
	平成 年 月 日																
	所在地	※事業主記入欄															
	事業主 名称 氏名 電話	印															

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。																
	平成 年 月 日																
被保険者氏名		印															

支払金融機関	任意継続被保険者または、資格喪失後の請求であるときは、申請者本人の口座を右欄に記入してください。																
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>※退職者・任意継続者以外は記入しないでください          ※被保険者が死亡し、埋葬料(費)を受け取る人は金融機関振込み指定先をご記入ください</p> </div>																
平成 年 月 日 提出																	
受付日付印																	