

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日

常務理事	事務長	係長	係員
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

支給額	円
内訳	
埋葬料	円
埋葬費	円

被保険者・家族 埋葬料(費)請求書

①被保険者証の記号・番号	2001-0000	②被保険者の勤務していたまたは勤務している事業所の	(7)名称	〇〇〇株式会社〇〇事業所	
			(4)所在地	〇〇県〇〇市〇〇町3-3	
③死亡した年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		④死亡原因	心不全	
⑤被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	(7)氏名	健保太郎		(4)埋葬した年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	(4)埋葬に要した費用	金 000,000円		(5)死亡した被保険者と請求者との身分関係	夫
⑥被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	(7)氏名	該当せず		(4)生年月日	該当せず
		昭・平・令		(6)被保険者との続柄	該当せず
		年 月 日			
⑦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		
⑧備考					
⑨振込希望の銀行名	〇〇 銀行 〇〇 支店 普通・当座 口座番号 0000000 口座名義 健保 花子				
	被保険者死亡の場合は、権利承継者の振込先を指定の上、「権利承継届」を添付して下さい。				
上記のとおり請求します。					
令和〇〇年〇〇月〇〇日 円 000-0000					
請求者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1					
日東電工健康保険組合理事長 殿 氏名 健保 花子					

(注意事項)

- ア、標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲むこと。
- イ、①欄は、健康保険の被保険者証などを見て記載すること。
- ウ、被保険者が死亡したための請求であるときは、⑥の(ア)と(イ)と(ウ)の各欄に、また被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑤の(ア)から(エ)までの各欄に「該当せず」とし、その他の欄は洩れなく記載すること。
- エ、⑤の(イ)と(ウ)の欄は、死亡した被保険者に扶養されていた者で埋葬を行なう者が請求する場合に限り「該当せず」とし、その他の者が請求(この場合は標題の「料」の文字を抹消すること。)する場合は必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書(原本)と領収書の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してある明細書(写し)を添えること。なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
- オ、⑧欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときには、その資格喪失年月日を、また死亡のときが死亡の日の三ヵ月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記載すること。
- カ、⑨欄は請求者が直接受領するときに振込希望の銀行を記載すること。
- キ、死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病届」をこの請求書に添付すること。

(添付書類)

この請求書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写のうち、いずれか1通を添付して下さい。