

健康保険 被保険者 家族 埋葬料請求書

次ページの注意事項をよく読んでください

被保険者が記入するところ	被保険者の記号番号	記号 番号	被保険者の(請求者)氏名と印	昭・平 年 月 日生				
	被保険者の現住所	〒			電話番号 ()			
	死亡した年月日	平成	年	月	日	死亡原因	第三者の行為によるものですか はい・いいえ	
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の	氏名				請求者との身分関係	標準報酬月額	千円
		埋葬した年月日	平成	年	月	日	埋葬に要した費用の額	
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の	氏名				生年月日	明治・大正 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
	老人保健法又は介護保険法の医療を受けていたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関名		
		資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の		保険者名 記号及び 番号	保険者名	記号番号	備考	
	被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の							
	<p>必ず記入してください。 【同意欄】1・2のいずれかを記入してください。 1. 私は、この申請に係る健保組合からの問い合わせ・支給決定の通知を事業所の健保担当者を通じて行うことに同意します。 被保険者(請求者)氏名 _____ 2. 同意されない方は下記に平日(9時~17時)に連絡の取れる電話番号を記入してください。 ・ 本人(勤務先/携帯/自宅) _____ ・ 家族(氏名 _____)(携帯/自宅) _____ 電話番号 () _____</p>							

事業主の証明を得ないで請求する場合は、死亡診断書・死体検案書・検視調書の写、区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写のいずれかを添付してください。

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成 年 月 日死亡
	うえのとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日				
事業主	住所	氏名	電話 ()		

振込先を記入下さい。(フリガナは必ず記入してください)

	銀行・信金 農協・信組	普通・当座 貯蓄・その他	口座番号	
支店	フリガナ		口座名義	

※ 振込先の金融機関・支店名・口座番号に誤りがないか再度確認してください。

私の受ける金額の受領方を下記の者に委任します。	
被保険者氏名	
住所	
受任者氏名	

受付日付印

記入上の注意

- ア 標題の「被保険者」と「家族」は、該当する文字をマルで囲んでください。
- イ **《同意欄》は必ず記入してください。事業所担当者へ委任されない方は『2』に電話番号（平日9時～17時の間に連絡が取れる番号）を記載してください。**
- ウ 請求が当組合の資格喪失後3カ月以内の死亡である場合は、死亡日現在に加入していた被保険者証の保険者名及び記号番号を記入してください。（被保険者証の写を添付でも可。）
- エ 請求が当組合へ扶養認定後3カ月以内の死亡である場合は、当組合へ加入される前の被保険者証の保険者名及び記号番号を記入してください。（被保険者証の写を添付でも可。）
- オ 死亡が第三者の行為によりものであるときは、別に「第三者行為による傷病（死亡）届」を作成のうえ、この請求書に添付してください。
- カ 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入してください。
- キ **振込先金融機関は間違いのないように正確に記入してください。支店名・口座番号等に間違いがありますと、あらたに振込手数料（組合負担）がかかります。**
- ク この請求書の記入方法についての不明な点は、組合（業務課 03 - 364 2 - 8436）へお問い合わせください。