

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、よくお読みになり必要事項にご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号				② 被保険者(請求者) 氏名と印				昭・平 年 月 日生				印
					生 年 月 日				電話 - -				
	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 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		埋葬に要した費用		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 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		印		電話 - -		

備 考	
--------	--

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

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(請求者)住所 フリガナ氏名		印	
	委任された方(事業主)住所 氏名		印	
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(捺印漏れのないようお願いいたします)。 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. ②欄の被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の捺印は不要です。
2. ⑥欄の死因について必ず記入してください。
3. 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。
4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 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。
8. 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。
9. 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。
10. 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。
11. 記入事項の訂正をしたときは、その箇所に訂正印を捺印してください。
12. 「※コード」欄は、記入しないでください。