

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を黒のボールペンでご記入ください。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号				② 被保険者(請求者) 氏 名				昭・平 年 月 日生			
					氏 名				生 年 月 日			
	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 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	
--------	--

※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	委任された方(事業主) 住所 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

(令和5年2月.改訂)

※ 法改正等により請求書の内容が変更になることがありますので、請求ごとの印刷をお願いします。

[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。
※1. 戸籍謄本等の他の書類をいただくこともあります。
※2. 領収書に内訳の記載が無い場合は内訳書等の写しが必要になります。
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。