

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				印						
					氏名				印						
					生年月日				明・大・昭・平 年 月 日生						
	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 死亡年月日		平成		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		明治 大正 昭和 平成		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		明治 大正 昭和 平成		年 月 日		請求者との関係				
			埋葬年月日		平成		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		死亡年月日		平成 年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明します。平成 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。 平成 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					
<p><b>給付金の振込先銀行</b> 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）。</p> <p>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。</p>												

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。