

				決議 No.		常務理事		事務長		係					
受付	年 月 日			決裁	平成 年 月 日			支払	平成 年 月 日						
支給額	円			資格	得	昭和	年	月	日	任継資格	得	平成	年	月	日
					喪	平成	年	月	日		喪	平成	年	月	日

健康保険 被保険者 埋葬料（費）請求書 家 族

請求者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号			被保険者の勤務する事業所の名称	
	被保険者(請求者)の氏名・印	番号			生年月日	昭和 平成 年 月 日
	被保険者(請求者)の住所	〒 TEL				
	死亡年月日	平成 年 月 日	死亡原因			請求者と死亡者の続柄
	死亡者の氏名			死亡者の生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	第三者行為によるものか	はい・いいえ	業務上・外の別	上・外	通勤途上・外の別	上・外
	死亡が第三者の行為によるときはその事実並びに第三者の住所・氏名					
	被保険者死亡時のみ記入 <振込先(請求者名義口座) >					
	銀行		支店	口座番号	口座名義	

事業主証明欄	死亡者氏名			死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡年月日	平成 年 月 日		死亡	
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
	平成 年 月 日		所在地 〒	-	
事業主		名称		氏名	
(印)					

【添付書類】

①死亡診断書・埋葬許可証・火葬許可証いずれかの写し

		請求者	添付書類
埋葬料	被保険者の死亡	被扶養者	①のみ
		被保険者に生計維持されていた同居の親族	①と被保険者と請求者の続柄を示す書類（戸籍謄本・戸籍抄本・住民票等）
埋葬費	被保険者の死亡	被保険者に生計維持されていた別居の親族	①と生計維持関係が証明できる書類
		被保険者に生計維持されていない親族等	①と請求者の方のフルネームが記載された埋葬費用の領収書および明細書（原本）
家族埋葬料	被扶養者の死亡	被保険者	①のみ