

健康保険 被保険者 埋葬料(費)・付加金請求書

◎被保険者等記号・番号は①マイナンバー、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかで確認し記入してください。

①被保険者等記号・番号	②被保険者(請求者)の氏名	③生年月日
5:昭 7:平 9:令		
④被保険者(請求者)の住所	電話 ()	
⑤事業所の名称		
⑤事業所の所在地	電話 ()	
⑥死亡した年月日	7:平 9:令	⑦死亡した原因
		⑧第三者行為によるものですか いいえ ・ はい
⑨被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の	⑦被扶養者氏名	①生年月日
		5:昭 7:平 9:令
⑩被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の	⑩被保険者氏名	④被保険者と請求者との身分関係
	⑦被保険者の標準報酬月額	⑤埋葬した年月日
	千円	円
(備考)		

⑬死亡した者の氏名	⑭死亡した者	被保険者 被扶養者	⑮死亡年月日	7:平 9:令
⑯上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日				
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				
電話 ()				

◎ 「1. 個人振込」または「2. 事業所払い」のどちらかを記入してください。

1. 個人振込

口座確認のため、通帳等の銀行名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義の記載のある部分のコピーを必ず添付してください。

支払金融機関	金融機関コード	支店番号	口座番号
	金融機関名	銀行	
	預金種別	普通・当座	口座名義人(カタカナ)

2. 事業所払い(個人振込の場合は記入しないでください)

令和 年 月 日提出
組合受付印

委任状	<p>私は下記の者を代理人と定め埋葬料(費)・同付加金の受領方を委任します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>被保険者氏名 (請求者) _____</p> <p>給付金受領責任者 _____</p>
-----	--

(注意事項)

1. 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。
※二重線の近くに事業主によるフルネームの署名または押印が必要です。
2. 被保険者が死亡した場合で、その他の者が請求する場合は埋葬に要した費用の領収証、費用の内訳が明記してあるものを添付してください。
3. 備考欄には被保険者の資格を喪失後の死亡であるときに、その資格喪失年月日を、また死亡のときか死亡の日の3か月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記入してください。
4. 死亡が第三者行為によるものであるときは別に「第三者行為による死亡届」を、また外傷により死亡した場合は「死亡診断書」または「死体検案書」の写をこの請求書に添付してください。
5. 事業主の証明を得ないで請求する場合は市区町村長の「埋葬許可証」、「火葬許可証」の写、「死亡診断書」、「死体検案書」、「検視調書」の写をこの請求書に添付してください。

※「健康保険被保険者資格喪失届」もしくは、「健康保険被扶養者(異動)届」を提出後に請求をお願いします。