

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）請求書

◎記入するときは、うらの注意事項をよく読んで誤りがないようにしてください。

被保険者（請求者）が記入するところ	① 健康保険被保険者証の記号・番号 記号 番号		② 被保険者の生年月日 年 月 日		③ 備考		受付年月日	
	④ 被保険者（請求者）の氏名（自署） (フリガナ)			⑤ 事業所の 名 称 所在地				
	(相続人からの請求の場合には被保険者氏名)							
	⑥ 被 保 険 者 （ 請 求 者 ） の 住 所 ・ 電 話 番 号 (フリガナ) 〒□□□-□□□□ 電話 ()							
	⑦ 家族埋葬料の請求の場合は、死亡した被扶養者の氏名等	(氏 名)		(生 年 月 日)		(被保険者との続柄)		
		年 月 日						
	⑧ 死 亡 年 月 日 年 月 日	⑨ 死 亡 の 原 因 (傷病名等)			⑩ 被保険者が死亡した場合、該当する支給要件はどちらですか ア. 被保険者期間中の死亡 イ. その他 [資格喪失後加入している医療保険制度を下欄 ㉒に記入してください]		⑪ 被扶養者が死亡した場合、死亡した者があなたの被扶養者になった時期 ア. あなたが資格取得した時から イ. その他 [あなたの被扶養者となる前に加入していた医療保険制度を下欄 ㉒に記入してください]	
	⑫ 死亡した者の区分	⑬ 死亡の原因は業務上によるものですか はい (業務上・通勤災害)	⑭ 死亡の原因は第三者の行為によるものですか はい [「はい」の場合は別途「負傷届」を提出してください]		(制度名及び被保険者)		(被保険者氏名)	
	被保険者・被扶養者 ↓	いいえ (業務外)		いいえ [「はい」の場合は別途「負傷届」を提出してください]		(被保険者証の記号番号)		
	⑮ 被保険者と請求者の関係 (続柄等の身分関係を具体的に記入してください)	被保険者と請求者との間に生計維持関係はありましたか いいえ (なかった) ⇒ はい (あった)		⑯ 埋火葬した年月日 年 月 日		⑰ 埋火葬に要した費用 [「埋葬費」の請求の場合は、領収書及び明細書(原本)を添付してください] 円		⑱ この死亡に関して他の制度からも給付を受けられますか いいえ ・ はい ↓ (制度名・給付の種類)
⑲ 死亡した者は老人保健法による医療を受けていましたか	市 町 村 番 号		受給者番号		発 行 機 関 名		日雇特例被保険者として給付を受けた場合その額 円	

事業主が証明するところ	⑳ 死 亡 し た 者 の 氏 名	㉑ 死亡した者は被保険者でしたか、被扶養者でしたか 被保険者であった ・ 被扶養者であった	㉒ 死 亡 し た 年 月 日 年 月 日
	㉓ うえのとおり相違ありません。 事業所の所在地 年 月 日 事業所の名称 事業主氏名 電話 ()		

委任状	表記請求金額の受領を 年 月 日		に委任します。 被保険者の 住 所 (請求者) 氏 名 (自署)	
	大阪自動車販売店健康保険組合理事長殿			

組合記入欄	支給金額 円		被保険者・家族	
	死 亡 日 年 月 日		標準報酬 千円	
	資格取得日 年 月 日	資格喪失日 年 月 日		

※上記の事業主の証明に代えて、埋火葬許可証又は死亡診断書の写の添付でも差し支えありません。

記入するときの注意事項（添付書類を含む）

- ・記入するときは、鉛筆、消せるボールペンは使用しないでください。
- ・記入漏れのないよう注意してください。
- ・記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者または証明者（被保険者、事業主、医師等）の署名（サイン）が必要となります。
- ・支給決定に際し、別途必要書類等の提出をお願いします。
- ・被保険者が死亡したときは、表題の「被保険者」を○で囲んでください。
 1. 被保険者の家族（被保険者と生計維持関係があった者で埋葬を行うべき者）から「埋葬料」を請求することができます。

ただし、当組合の被扶養者でない場合は、続柄等が確認できる書類（例えば「住民票」等、続柄が記載されているもの）を添付してください。
 2. 埋葬料を請求できる者がいない場合には、実際に埋火葬を行った者からその埋火葬に要した費用の範囲内で「埋葬費」を請求することができます。

（埋火葬に要した費用の領収書及び明細書の添付が必要です。）
- ・被扶養者が死亡したときは、表題の「家族」を○で囲んでください。

《被保険者（請求者）が記入するところ》

- ・①欄 あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号番号を記入してください。
- ・④欄

{	被保険者埋葬料（費）の請求の場合は、請求者の氏名を記入・自署し、（ ）内に被
	保険者であった者の氏名を記入してください。
- ・⑥欄 郵便物が確実に届くよう、「□□方」「△△アパート」等まで記入してください。

被保険者埋葬料（費）の請求の場合は、請求者の住所を記入してください。
- ・⑦欄 被扶養者（家族）が死亡した場合のみ記入してください。
- ・⑭欄 死亡原因が第三者の行為によるものであるときは、別途「負傷届」等を提出してください。
- ・⑮欄 被保険者が死亡した場合のみ記入してください。
- ・⑰欄 被保険者埋葬費の請求の場合のみ記入してください。この場合、埋火葬に要した費用の領収書及び明細書を添付してください。
- ・⑱欄 他の医療保険制度から、死亡に関する給付を受けているか否か、該当する方を○で囲んでください。

「はい」を○で囲んだときは、その制度名、給付の種類等を記入してください。

《委任状の欄》

- ・この給付金の受取りを代理人に委任する場合は、「委任状」の欄に、被保険者（請求者）が氏名、住所等を記入し、自署してください。

《事業主が証明するところ》

- ・死亡の事実について、事業主の証明を受けてください。

事業主の証明に代えて、埋火葬許可証又は死亡診断書の写の添付でも差し支えありません。
- ・死亡診断書、領収書等の添付書類が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。

※以上の内容でわからないことがありましたら、健康保険組合へおたずねください。