

起案年月日		年	月	日
決		裁		
常務理事	事務長	係	台帳照合	

死 亡 年 月 日	資 格 関 係 照 合 済	支 給 決 定 額				支 給 額 内 訳					備 考
年 月 日	取得 年 月 日				円	法定額					
	喪失 年 月 日					付加金					

請求者が記入するところ	被保険者証の		記号 番号	事業所の名称		請求者の氏名・印		㊦						
	死亡年月日	平成	年	月	日	埋葬年月日	平成	年	月	日	死亡の原因	(病名)		
	埋葬に要した費用		円		第三者行為による死亡の場合 第三者から埋葬費の補償が		あり なし							
	死亡した方の	氏名				生	年	月	日	昭和 平成	年	月	日	請求者と被保険者との続柄（関係）
ろ	被保険者が、退職等で資格喪失後に家族の被扶養者となった場合で、次の①～③に該当する請求ですか？										はい・いいえ	はいの場合、該当の番号		
	①資格喪失後、3か月以内の死亡										家族の被扶養者として加入していた保険者名と記号・番号			
	②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を在職中から引き続き受給中の際の死亡										保険者名			
	③資格喪失後、②の受給終了後3か月以内の死亡										記号		番号	
ろ	被保険者死亡又は資格喪失後の		金融機関名	銀行・信金・労金・農協					支店・出張所		当座・普通			
	請求の場合の振込先		口座名義	フリガナ			氏名			口座番号				

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	死亡したものは被保険者でしたか		被保険者であった ・ 被保険者でなかった		
	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する。			平成 年 月 日		
	事業所名称					
	事業所所在地					
	事業主氏名			印		



健康保険の被扶養者の方が請求する場合	①を添付
被保険者と生計を共にしていたが、被扶養者ではなかった方による請求の場合	①と「戸籍抄本」を添付（内縁関係は「住民票（全世帯）」）
埋葬費を請求する場合（埋葬を行うべき人がいない場合）	①と③と「戸籍謄本」