

様式 41

事業主 經由  
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

埋葬料（費）家族埋葬料支給請求書

該当者 いずれかに○印	本人
	家族

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	会社名	所 属			
				電話番号			
	死亡者氏名			家族死亡の場合は続柄			
	死亡年月日	年	月	日	被保険者との生計維持関係		有・無
	埋葬年月日	年	月	日			
	死亡の原因						
	被保険者死亡 又は退職の方はご記入ください。						
	希望送金先	銀行名	ゆうちょ銀行不可		銀行コード		預金種別
		支店名			支店コード		普通
		口座名義	カタカナで記入		口座番号		当座 貯蓄
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。							
令和		年	月	日	電話番号		
住 所		〒					
請求者氏名				<input type="checkbox"/> 本人死亡の場合 <input type="checkbox"/> 本人との続き柄			
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、本人確認するための添付書類が必要です。							
備考欄 <input type="text"/>							

事 業 主 証 明 欄	上記の通り相違ありません。					
	令和 年 月 日					
	事業所所在地					
	事業所名称					
	事業主(代理人)氏名 <input type="checkbox"/>					
電話番号						
(担当者氏名 <input type="checkbox"/> TEL )						

	支給対象額	支払区分	健 保 受 付 印
	円	1. 個人 2. 任継 <small>上記以外事業主</small>	

## 注 意 事 項

1. 文字は、わかりやすく書いてください。住所は何棟、何号室、何々方等最後まで書いてください。
2. この請求書は、被保険者記入欄に所定事項を記入、押印後、事業主を経由し健康保険組合に提出してください。
3. 原則として20日までに請求された分については、翌月の20日事業主に支払い、事業主から被保険者への支払いとなります。
4. 被保険者死亡の場合は希望送金先欄に送金を希望される金融機関を記入してください。  
また任意継続被保険者で、ご家族死亡の場合は郵便貯金口座に送金します。
5. 送金の場合、金融機関の休日等の都合で指定口座への入金が3～5日送れますのであらかじめご了承ください。
6. 請求印は、必ず押印してください。
7. この請求書には、①死亡診断書の写、②市区町村長の火葬もしくは埋葬許可証の写、③死体検案書または検視調書の写を添付するか、または事業主証明欄への証明をしてもらってください。
8. 被保険者が死亡した場合の埋葬料は、死亡した被保険者により生計を維持していた人で、埋葬を行った人が請求できます。
9. 埋葬料を受ける資格者のいない場合は、実際に埋葬をした人が埋葬費の請求をすることができます。  
(この場合には埋葬に要した費用に関する証拠書類の添付と埋葬年月日の記入が必要です。)
10. 被保険者死亡の場合は、被保険者証を返してください。
11. 死亡が第三者の行為によるものであるときはその事実を健康保険組合にご連絡ください。

JFE健康保険組合所在地	〒	TEL	FAX
東京都千代田区内幸町一丁目3番3号 内幸町ダイビル4階	100-0011	03-3597-3333	03-3597-3324