

<被保険者(本人)の場合は埋葬料(費)に、被扶養者(家族)の場合は家族埋葬費にレ印をつけてください>

令和 年 月 日 請求

請 求 人 記 入 欄	記号・番号 ※枝番記入不要													死 亡 し た 方	氏 名													
	事業所名														生年月日		昭・平・令 年 月 日											
	請求人（被保険者または家族）	氏 名													被保険者との続柄													
		被保険者との続柄													死亡年月日		令和 年 月 日											
		被保険者との生計維持関係		(有 ・ 無)											死亡原因													
	請求人住 所		〒 —													業務災害又は通勤災害によるものですか？				☐ はい ☐ いいえ								
																第三者行為(交通事故等)によるものですか？				☐ はい ☐ いいえ								
																第三者行為(交通事故等)に該当する場合は別途届出が必要になりますので、健康保険組合までお問い合わせください。												
	委任状		※退職者・任継者は記載不要 この給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名（自署）																									
	支払方法		請求人が一般被保険者、任意継続被保険者 <u>以外</u> の場合は、各人の銀行口座（請求人の名義に限る）に振込みますので、右欄に必要な事項を記入してください。											銀行名：				支店名：										
													当座・普通		口座番号										名義（カタカナ）：			

※証明書類添付不能の場合のみ証明してください。			左記のとおり相違ないことを証明します。		
事業主証明欄	死亡した者の氏名		令和 年 月 日		
	死亡した者	被保険者	被扶養者	事業主所在地 事業所名称 事業主氏名	
	死亡した年月日	令和 年 月 日死亡			

○埋葬料とは、被保険者死亡時に被保険者により生計を維持していたもので、埋葬を行うものに給付されます。
○埋葬費とは、上記に該当する者がいない場合は埋葬を行ったものに対し、埋葬料の範囲内で、「埋葬に要した費用の相当額」が支給されます。

※事業主経由で給与に合算して支払う場合、支払事務のため被保険者名と給付金額を事業主へ連絡します。

健康保険組合記入欄											
支給日	令和	年	月	日	(備考欄)						
伝票番号					支給 決定額	¥					

受 付 印