

健康保険 埋葬料(費) ・ 家族埋葬料 請求書

< 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 >

神戸製鋼所健康保険組合 番号は右詰めで記入してください※枝番は記入不要 令和〇〇年〇〇月〇〇日 請求

請求 人 記 入 欄	記号・番号 <small>※枝番記入不要</small>	1	2	3			4	5	6	7	死 亡 し た 方	氏名	健康 太郎															
	事業所名	会社名又は事業所名を記入										生年月日	昭 平 令〇〇年〇〇月〇〇日															
	請求人 (被保険者または家族)	氏名	健康 花子										被保険者との続柄	本人														
		被保険者との続柄	妻										死亡年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日														
		被保険者との生計維持関係	(有 ・ 無)										死亡原因	死亡診断書の死亡原因を記入してください														
		請求人住所	〒 123 - 4567 〇〇市〇〇町1-2-3 電話 (012) 345 - 6789										業務災害又は通勤災害によるものですか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ														
													第三者行為(交通事故等)によるものですか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者氏名(自署)										ご一読の上、署名をお願いいたします。															
		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、右欄に必要事項を記入してください。										銀行名： 〇〇銀行	支店名： □□支店														
												普通 ・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	名義(カナ)： ケンコウ ハナコ							

※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。 令和 年 月 日											
事業主 証明 欄	死亡した者の氏名											死亡診断書等の書類を添付することが不能な場合は、この欄に事業主の証明を受けて申請することができます。									
	死亡した者																				
	死亡した年月日	令和 年 月 日死亡																			

【埋葬料と埋葬費の違いについて】

- 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。

(請求の際は、次の書類を添付してください)

- 市町村長(特別区の区長含む)の埋葬許可証もしくは火葬許可証の写し、死亡診断書、死体検案書もしくは検視調書の写し。なお、添付不能の場合は事業主の証明を受けて提出してください。
- 埋葬費の場合は、埋葬に要した費用の金額にかかわる 明細書とその領収書(原本)も添付してください。
- ※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。