

支給総額	¥	取得日		年	月	日	決定伺	
		喪失日 (回収日)		年	月	日	常務理事	事務長
法定	¥	認定日		年	月	日	担当者	
		抹消日		年	月	日		
付加	¥	抹消日		年	月	日		
被扶養者認定の有無		有	無	支給期間		年	月	日
摘要	本人	家族	備考					

健康保険 被保険者 埋葬料（費）請求書
家 族

◎ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆等、消せるボールペン（フリクション等）は不可です。

別紙の【記入上の注意】および【添付書類について】をよく読んで記入してください。

請求者が記入する欄	被保険者証 記号一番号	—		事業所名称				
	死亡の年月日	年	月	日	死亡の原因 (傷病名)			
	被保険者が 亡くなったとき	被保険者の 氏名			生年月日	年	月	日
		埋葬年月日	年	月	日	埋葬に 要した費用	円	
	被扶養者が 亡くなったとき	被扶養者の 氏名			生年月日	年	月	日
						被保険者 との続柄		
	第三者行為による死亡ですか				<input type="checkbox"/> はい	→ 「第三者行為による傷病届」を添付してください		
	振込先 指定口座 (被保険者死亡 の場合)	銀行 信用金庫 信用組合		支店				
		種 別	口 座 番 号		名 義 人 氏 名			
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			フリガナ ()			
上記のとおり請求します				記入日	年	月	日	
住所 〒 —								
被保険者(請求者)氏名 _____ TEL _____								
S Gホールディングスグループ健康保険組合 理事長様								

事業主が証明する欄	亡くなった者の 氏名			死亡した年月日	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。						
記入日 年 月 日							
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL							

委任の欄	上記、埋葬料（費）の受領を						受 付 印
	健保代理受領口 代理人 _____ に委任します。						
	記入日 年 月 日 被保険者氏名 _____						

【記入上の注意】

- ①この請求書は、被保険者又はその被扶養者が死亡した場合に埋葬料（費）を請求するものです。
被保険者が亡くなられた場合、被保険者により生計を維持されていた方に「埋葬料」が支払われますが、埋葬料を受け取る方がいらっしゃらない場合は、実際に埋葬を行った方に埋葬料の金額を上限とし実際に埋葬に要した費用に対する「埋葬費」が支給されます。
- ②この請求書は、ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。
鉛筆や消せるボールペン（フリクション等）で記入された場合は無効です。
- ③在職中の方については事業所経由でお支払いいたしますので
「委任の欄」について記入日および被保険者氏名をご記入ください。
- ④被保険者以外の申請や任意継続被保険者の方、すでに資格を喪失された方が申請される場合は、振込先指定口座をご記入ください。ただし、振込先は請求者名義の口座に限ります。

【添付書類について】

- ①死亡診断書(死体検案書)の写しを添付してください。ただし、事業主の証明がある場合は不要です。
- ②被保険者死亡のとき、被扶養者以外の生計関係のある方が埋葬を行った場合は
生計関係並びに続柄を示す書類（住民票の原本など）を添付してください。
- ③死亡した被保険者に被扶養者がおらず、他の者が埋葬を行った場合は、「埋葬年月日」および
「埋葬に要した費用」を必ずご記入ください。また、埋葬に要した費用の詳細が分かる
領収証（原本）を添付してください。
※埋葬に要した費用・・・祭壇一式料、霊柩車代、霊前供物代、火葬料、僧侶への謝礼等
（飲食代、香典返しは含みません）
※領収証の氏名は請求者と同一に限ります。
※領収証はご返却できません。
- ④死亡の原因が事故やけがの場合は、「負傷原因報告書」を添付してください。
- ⑤死亡の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。
※相手方（保険会社を含む）から損害賠償として葬祭費を受け取る場合はお支払いできません。