

埋 葬 料（ 費 ） 請 求 書

【改訂：2024年3月】

|                                                                                                                                                        |                                                                                                        |                                                             |                                                                                                                                                                                                  |   |             |                     |              |    |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------|---------------------|--------------|----|---|---|
| 請<br>求<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ                                                                                                    | 被保険者証の<br>記 号 番 号                                                                                      | 記 号<br>番 号                                                  | 被保険者<br>氏 名                                                                                                                                                                                      |   |             |                     |              |    |   |   |
|                                                                                                                                                        | 被保険者<br>の職場名                                                                                           |                                                             |                                                                                                                                                                                                  |   | 職場の<br>電話番号 |                     |              |    |   |   |
|                                                                                                                                                        | 死亡した<br>年 月 日                                                                                          | 令和                                                          | 年                                                                                                                                                                                                | 月 | 日           | 埋葬した<br>年 月 日       | 令和           | 年  | 月 | 日 |
|                                                                                                                                                        | 死亡した<br>原 因                                                                                            |                                                             |                                                                                                                                                                                                  |   |             |                     |              |    |   |   |
|                                                                                                                                                        | 死亡の原因は第三者行為(交通事故・ケンカ等)によるものですか？                                                                        |                                                             |                                                                                                                                                                                                  |   |             | いいえ                 |              | はい |   |   |
|                                                                                                                                                        | ※被保険者が<br>死亡した場合                                                                                       | 請求者氏名                                                       |                                                                                                                                                                                                  |   |             | 死亡した被保険者<br>との続柄    |              |    |   |   |
|                                                                                                                                                        |                                                                                                        | 埋葬に要した費用 <span>〔 死亡した被保険者と請求者が<br/>生計維持関係のない場合のみ記入 〕</span> |                                                                                                                                                                                                  |   |             |                     | 円            |    |   |   |
|                                                                                                                                                        | ※埋葬料(費)の生計維持関係は、被保険者によって生計の全部または一部を維持されている方であって、<br>民法上の親族や遺族であることは問いません。また被保険者が世帯主であるか同一世帯であるかも問いません。 |                                                             |                                                                                                                                                                                                  |   |             |                     |              |    |   |   |
|                                                                                                                                                        | 被扶養者が<br>死亡した場合                                                                                        | 氏名                                                          |                                                                                                                                                                                                  |   |             | 生年月日<br>S H R 年 月 日 | 被保険者<br>との続柄 |    |   |   |
|                                                                                                                                                        |                                                                                                        | 振込<br>口座                                                    | 振込先に公金受取口座を希望する場合は、チェックしてください。<br><input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します（マイナポータル等で事前登録した口座）<br>※経費口座を希望する場合は、チェックは不要です。<br>※公金受取口座情報の反映には、登録から数日を要します。<br>※給付日直前の変更や登録に誤りがあった場合は、給付日が遅延する場合があります。 |   |             |                     |              |    |   |   |
| 上記のとおり請求いたします。<br>年 月 日 円( )<br>Y K K 健康保険組合理事長 殿 住 所<br>請求者 T E L<br>氏 名<br><br>被保険者の死亡により埋葬料(費)を請求される場合は、今後他の権利者<br>と係争等が生じた場合、この請求者が一切の責任を負うものとします。 |                                                                                                        |                                                             |                                                                                                                                                                                                  |   |             |                     |              |    |   |   |

※被保険者が死亡した場合のみ、下記の振込口座をご記入ください。

|                  |                        |                |           |
|------------------|------------------------|----------------|-----------|
| 振<br>込<br>口<br>座 | 振 込 先<br>金融機関名         | 銀行 信金<br>信組 農協 | 支店<br>出張所 |
|                  | 預 金 種 別<br>口 座 番 号     | 普通<br>当座       | N o .     |
|                  | フリガナ                   | T E L          |           |
|                  | 預 金 名 義 人<br>(請求者名義のみ) |                |           |

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

■ご記入いただいた個人情報は、埋葬料等の支給にのみ利用させていただきます。

【添付書類】

この請求書に除籍謄本の写、火葬許可証の写、死亡診断書(死体検案書)の写のうちいずれかを添付してください。  
被保険者が死亡し生計維持関係のない人が埋葬を行い費用を請求する場合のみ埋葬に要した費用の領収書・明細書(費用  
の内訳として品名、数量、単価および金額が明記してあること)を添付してください。

【振込みについて】

この請求書は毎月18日に締切り、月末日(支払日が休日の場合はその前日)に支払われます。  
支給額は、健康ポータルサイト「健康の森」の医療費通知をご確認ください。

【提出先およびお問い合わせ先】

YKK健康保険組合  
〒938-8601 富山県黒部市吉田200  
TEL:(外線)0765-54-8650 (内線)772-3920