

被保険者 埋葬料（費）  
家 族 埋葬料付加金 請 求 書

記入の方法は、裏面に記載されていますので、よくお読みになり必要事項にご記入ください。

①	被保険者証の記号・番号				②	被保険者（請求者） 氏 名								
						生 年 月 日				昭・平 年 月 日生				
被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	③	被保険者（請求者） 住 所								電話 — —				
	④	事業所名 所 在 地								電話 — —				
死 亡 年 月 日	令 和		年		月		日	⑥ 死 因			コ ー ド	⑦ 第三者行為によるものですか		
													いいえ・はい	
被 扶 養 者 が 死 亡 し た と き の 方 の	①	氏 名			生年月日			昭(5) 平(7) 令(9)	年 月 日			②	続 柄	
	③	氏 名			昭・平 年 月 日生			請求者との 関 係			④ 標 準 報 酬 額		千円 円	
被 保 險 者 が 死 亡 し た と き の 方 の	⑤	氏 名			年 月 日			⑥ 埋 葬 に 要 し た 費 用			千円 円			
	⑦	年 月 日			令 和									

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	⑩① 死亡した方 の 氏 名		② 死亡した方 区 分		③ 被保険者 被扶養者		④ 死 亡 年 月 日		令 和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。								
住所									
事業主									
氏 名									
電話 — —									

備 考	※
--------	---

委 任 状	⑪	本請求書に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。 令和 年 月 日							
	被 保 險 者 (請 求 者)	住 所 フリガナ 氏 名							
	委 任 さ れ た 方 (事 業 主)	住 所 氏 名							
<p>給付金の振込先銀行 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、必ず事業主に受領委任してください。〔被保険者（受給権者）の印を捺印してください。〕</p> <p>なお、退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）本人送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。</p>									

受 付 日 付 印

## [記入上の注意]

1. ②欄の被保険者（受給権者）が自ら署名する場合には、被保険者（受給権者）の捺印は不要です。
2. ⑥欄の死因について必ず記入してください。
3. 被保険者の死亡のとき、被扶養者以外の生計関係のある方が埋葬を行った場合、生計関係並びに続柄を示す書類（住民票・戸籍謄本など）の（写）を添付してください。
4. 被保険者が資格喪失後3ヵ月以内に死亡の場合や、事業主が死亡の場合には、「死亡診断書」又は「埋（火）葬許可証」の（写）を添付してください。
5. 事業主本人が死亡した場合は、事業主の証明するところは、新しい事業主か、代理人（役員等）が証明してください。
6. 被保険者の死亡のとき、生計関係のない方が埋葬を行った場合、埋葬に要した費用の領収書の（写）〔宛名に請求者氏名が明記のもの〕を添付してください。
7. 第三者行為（交通事故や傷害等他人の行為が原因）による死亡の場合、別途「第三者行為による傷病届」を提出してください。
8. 保険給付を受ける権利の消滅時効は2年です。埋葬料・家族埋葬料は死亡の翌日から2年以内、埋葬費は埋葬した日の翌日から2年以内にご申請ください。
9. 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、必ず事業主に受領委任してください。（捺印を忘れないでください）
10. 被保険者の死亡で、請求者に振込む場合、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」、また、事業所の振込口座変更の場合、「健康保険給付金振込銀行登録（変更）届」をご提出ください。
11. 記入事項の訂正をしたときは、その箇所に訂正印を捺印してください。
12. 「※」欄は、記入しないでください。