

被保険者 健康保険 埋葬料（費）請求書
 家 族

◎死亡の原因が第三者の行為による場合は、「第三者の行為による被害届」を添付してください。◎太枠欄を訂正する場合、訂正印として請求者印と同じ印を押印してください。

被保険者証の 記号・番号		事業所名					
死亡した被保険 者の氏名		埋葬に 要した 費用額	※埋葬費を請求の際に、ご記入ください。(注2参照) 金 円				
被扶養者の死亡 に関するときは その者の氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者 との続柄
死亡年月日	平成 年 月 日	埋葬年月日	平成 年 月 日	死亡の 原因			
介護保険法 のサービスを受 けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称			市町 村名	
(フリガナ) 払渡し希望 銀行の口座	銀行 信用金庫	預金 の種類	普通 当座 貯蓄	店番	口座名義人氏名(被保険者)		
				フリガナ			
	本店 支店			口座 番号	氏名		
金額の受領を委任する ときに記入するところ	本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 被保険者(請求者) 氏名 _____ ㊟ 委任された者の 事業所名 _____ 住所 _____ 氏名 _____ ㊟ (被保険者が死亡したとき) 請求者と死亡した 被保険者の続柄 _____						

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

被保険者(請求者)住所 _____

被保険者(請求者)氏名 _____ ㊟

本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄にを入れてください。

(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄	
-----	--

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名					被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	平成	年	月	日	死亡
	死亡した原因					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 (記載者氏名) _____ 事業所の所在地 _____ 事業所の名称 _____ 事業主の氏名 _____ TEL (_____) _____ ㊟					

(注) 1. 死亡した被保険者の家族が埋葬を行い請求者となる場合は、その続柄を証明する書類を添付してください。
 2. 被保険者が死亡しその埋葬を家族以外の人が行い請求する場合は、埋葬に要した費用の証拠書、領収書を添付してください。
 3. この請求書には市区町村長の埋(火)葬許可証若しくは死亡診断書、死体検案書又は検死調書の写し、又は死亡に関する事業主の証明書のいずれかを添付してください。
 (平成29年1月1日 改)