

保険証の記号と番号を記入してください。

被保険者が死亡したときに記入してください。

被扶養者が死亡したときに記入してください。

各申請書に記載されている番号(空白であれば空白)をご参照ください。

委任を希望される場合のみご記入ください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

事業主の証明が受けられないときは死亡診断書等の写しを添付してください。

被保険者が死亡した場合には、請求者の住所、氏名を記入してください。

被保険者が死亡したときはその被保険者との続柄を記入してください。

被保険者 健康保険 埋葬料(費)請求書

(家 族)

被保険者証の記号・番号	950	81	事業所名	愛鉄工業 株式会社		
死亡した被保険者の氏名			埋葬に要した費用額	金	1,500,000	円
被扶養者の死亡に関するときはその者の氏名	中村 吾市		生年月日	昭和 26 年 4 月 3 日	被保険者との続柄	父
死亡年月日	4 年 10 月 3 日	埋葬年月日	4 年 10 月 4 日	死亡の原因	脳梗塞	
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		

◎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。◎訂正する場合は、二重線で訂正してください。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は 利用しない場合は下記の欄を記入。)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

フリガナ	普通	店番	口座名義人氏名(被保険者)
当座	貯蓄	口座番号	フリガナ
氏名			

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 中村 花子

委任された者の事業所名 名古屋市中区栄二丁目10番19号

住所 愛鉄工業 株式会社

氏名 愛鉄 連太郎

上記のとおり請求します。(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

4 年 10 月 20 日

愛鉄連健康保険組合理事長 殿 〒 453 - 0804

被保険者(請求者)住所 名古屋市中村区黄金通一丁目18番地

被保険者(請求者)氏名 中村 花子

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	
-----	--

死亡した者の氏名	中村 吾市	被保険者	被扶養者
死亡した年月日	4 年 10 月 3 日	死亡	
死亡した原因	脳梗塞		
上記のとおり相違ないことを証明します。	4 年 10 月 15 日		
(記載者氏名)	事業所の所在地 名古屋市中区栄二丁目10番19号		
	事業所の名称 愛鉄工業 株式会社		
	事業主の氏名 代表取締役社長 愛鉄 連太郎		
	TEL (052) 461 - 6131		

(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査書の写し、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。

(令和4年10月1日 改)

※記入誤りがある場合は、二重線で抹消し、訂正してください。修正液、修正ペン、修正テープは使用しないでください。