

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		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) 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 令和	年	月	日	被保険者 との続柄	
死亡年月日	年	月	日	埋葬年月日	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	
<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)				
払渡し希望 銀行の口座	銀行 信用金庫	本店 支店	貯蓄	口座番号		フリガナ		
						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 _____							

◎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。

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 _____
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	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。 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。