

(本人・家族) 埋葬料 (費) 請求書
(兼被扶養者削除申請書)

(注) 必ず保険証を添付してください。

年 月 日 提出

本人記入欄	保険証の 記号番号	(記号) (番号)	請求者の 氏 名	印 (昭・平・令 年 月 日生)		
	事業所名 所属課係 課 係	請求者の住所 または居所	〒 -		
	死亡した 者の氏名	(昭・平・令 年 月 日生)	被保険者 との続柄		被保険者死亡の場合 請求者の続柄 (又は関係)	
	死亡時の 状 況	死 亡 時 間	年 月 日	午前 時 頃	場 所	
	[原因や傷病の経過などを書いてください。原因は必ず記入または添付書類で示してください。]					
	第三者の行為により 傷害を受けた場合		(加害者名) (住 所)			
埋 葬 年 月 日		年 月 日				
※振込指定 金融機関	銀 行 名	支 店 名	種 目	口 座 番 号	名 義 人	
			普		(フリガナ)	

※ 上記振込口座の指定は家族埋葬料の場合には記入する必要がありません。

添付書類 の確認	埋葬・火葬許可証、死亡診断書・死体検案書の写 又は市区町村等の証明のいずれかを添付下さい。 (証明欄には印鑑があることを確認願います) 請求者が被保険者(本人)でない場合は、事業所担当 者へご確認ください。	事業所担当部署		
		係		長

決 定	年 月 日	給付決定決議書	健康保険組合起案・決議			決 裁
	No.		適用	給付	事務長	常務理事

健康 保 險 組 合 保 険 記 入	死亡の日		年 月 日	給 付 額	千	円
	資 格	取 得	年 月 日			
		喪 失	年 月 日			
	認 定	認定日	年 月 日			
		証	インプット	続柄コード		