

被保険者  
被扶養者 埋葬料(費)請求書

提出日 年 月 日

被保険者証 記号・番号	-		被保険者氏名		
生年月日	昭 平	年	月	日	所属
被保険者 住所	〒		-		TEL
亡く なら れた 方 に つ い て	氏名				被保険者との続柄
	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	死亡原因				第三者行為によるものですか
※ 被保険者(本人)が死亡した場合					
請求者氏名				埋葬年月日	年 月 日
被保険者と請求者 の身分関係	※生計維持関係がない者が請求する場合は領収書添付 埋葬に要した費用の額 : 円				
請求者の住所	〒		-		TEL
給付金振込口座	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所				支店コード
※東京スター銀行 「オレンジ支店」は 使用できません	口座番号	普通	口座名義 (カタカナで記入)		
※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をする場合は、備考欄へ記載して下さい。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)					
備考					

事業主 証明 欄	死亡した者の氏名				被保険者 被扶養者	年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します					証明日 : 年 月 日
	事業主名称 事業所所在地 事業所名称					

【添付書類】

- ・死亡に関する証明書の写(死亡診断書・除籍謄本・埋葬許可証)  
 ※被保険者死亡で請求者が当健康保険組合未加入の場合、上記書類に請求者の氏名・続柄記載がなければ続柄を証明できる書類も添付
- ・埋葬費請求(被保険者と生計維持関係のない者が請求)の場合は、埋葬に要した費用の領収書と明細書  
 (請求者氏名の記載があるもの)

受付日

※健保使用欄

常務理事	事務長	担当者