

健康保険
埋葬料(費)請求書

常務理事	事務長	担当
☐	☐	☐

令和 5 年 4 月 1 日提出

被保険者請求者情報	事業所	住吉工場
	住所 電話番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ■■県■■市■■区■■町●-●-● TEL: 090 (1234) 5678
	記号番号	●● - ●●●●●● 被保険者証に記載している 記号番号を記入してください
	氏名	栗本 海

記入見本

被扶養者が死亡した場合	死亡した方の氏名	被保険者が死亡した場合、 請求者の氏名を記入してください	被保険者との続柄	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	死亡原因 (病名など)			死亡年月日	令和	年 月 日
	亡くなられた方が下記のいずれかに該当する場合は、直近で加入していた保険者名と記号番号を記入してください。 当組合に加入する前、被保険者として加入していた健康保険組合等の資格喪失後、 ・ 3ヶ月以内に死亡 ・ 傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡 ・ 傷病手当金・出産手当金の受給終了後3ヶ月以内に死亡					

保険者名	
記号番号	

被保険者が死亡した場合	死亡した方の氏名	栗本 空	被保険者からみた 請求者との身分関係	妻
	死亡原因 (病名など)	脳内出血	死亡年月日	令和 0 5 0 3 0 7
	振込先 指定口座	●●●● 銀行 ▲▲▲ 支店	☒ 普通 ☐ 当座	口座番号 0 1 2 3 4 5 6
	口座名義	ク リ モ ト ウ ミ		
	亡くなられた方が下記のいずれかに該当する場合は、当組合の資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた保険者名と記号番号を記入してください。 当組合の資格喪失後、 ・ 3ヶ月以内に死亡 ・ 当組合から傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡 ・ 当組合から傷病手当金・出産手当金の受給終了後3ヶ月以内に死亡			

保険者名	
記号番号	

親族以外の方が葬儀に係る費用(埋葬・火葬、霊柩車代、葬壇一式料等)を負担した場合は、以下記入の上、領収書を添付してください。

埋葬・火葬 年月日	令和 年 月 日	埋葬・火葬に 要した費用	円
--------------	----------	-----------------	---

※死亡診断書または埋葬・火葬許可証の写しを添付してください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)	
---------------------------------------	--

必ず確認の上 チェック！

被保険者確認欄	事業主確認欄
この届出について、以下の要件を満たしたものである ☒ 申請者本人(被保険者)が作成した 或いは 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している ☐ 埋葬料(費)の受領方を事業主に委任する	この届出について、以下の要件を満たしたものである ☒ 事業主が記載内容に誤りがないか確認している 必ず確認の上 チェック！

請求者が被保険者以外の方である場合は、チェック不要

※健保記入欄
支給決定金額
円