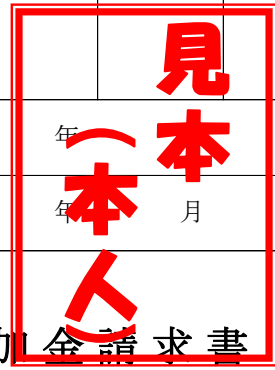


同 年 月 日 令和 年 月 日			
支払決定書	支給額	法定付加	円
標準報酬月額	円		
標準報酬月額			千円

常務理事	事務長		係	扶養確認
資格	取得	喪失	年	日
			年	日



健康保険  被保険者 埋葬料(費)埋葬付加金請求書  
 家族

請求者記入欄	被保険者の事業所名(営業所名)		〇〇〇〇株式会社〇〇営業所			
	被保険者	記号	〇〇	請求者の氏名	健保 一郎	
		番号	〇〇△△			
	請求者の現住所		〇〇市〇〇町〇番〇〇号			
	死亡した年月日		令和 6 年 9 月 1 日	死亡の原因	肺炎	
	被保険者が死亡したとき記入					
	被保険者氏名	健保 太郎		死亡した被保険者と請求者の身分関係	長男	
	請求者の住所連絡先	住所	〇〇市〇〇町〇番〇〇号			
		連絡先	090-1234-5678			
	請求者の振込先	普通	〇〇〇	銀行	〇〇〇	支店
口座番号		1234567		フリガナ	ケンポ イチロウ	
		名義人	健保 一郎			
請求者(家族)が死亡したとき記入						

【添付書類】

- 被扶養者が申請する場合
  - 添付書類は不要
- 被扶養者以外で同居している家族が申請する場合(配偶者、両親、子等)
  - 住民票写し又は戸籍謄本・抄本写し(亡くなった被保険者と請求者が記載されているもの)
  - ※事業主に振込みの場合は、添付書類は不要
- 同居親族以外が葬儀を行い、申請する場合(兄弟姉妹等)『埋葬費』
  - 埋葬に要した詳細な領収書(領収書の名義は請求者と同一に限る)

※事業主の証明が受けられない場合(任意継続者等)

上記①～③いずれか+死亡診断書写し・埋葬許可証又は火葬許可証写し

<注意事項>

- 死亡の原因が、業務上や通勤途上による場合は、埋葬料の請求はできません。
- 死亡の原因が、第三者行為や交通事故による場合は、別途「第三者行為・自損事故による傷病届」等の書類が必要となります。  
 ※相手方(保険会社を含む)から損害賠償として葬祭費を受け取る場合はお支払いできません。

※上記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。