健康保険　埋葬料（費）請求書

◎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。◎太枠欄を訂正する場合、訂正印として請求者印と同じ印を押印してください。

被保険者

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）金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　年　 　月　 　日令和 | 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 |  |
|  |  |  |
| （フリガナ）払渡し希望銀行の口座 |  | 預金の種類 | 普通当座貯蓄 | 店番 |  | 口座名義人氏名（被保険者） |  |
| 銀　　行信用金庫 | フリガナ |  |
|  | 口座番号 |  | 氏　　名 |  |
| 本　　店支　　店 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者が死亡したとき）

上記のとおり請求します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

愛鉄連健康保険組合理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者と死亡した

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者の続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　－

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　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所の所在地（記載者氏名）　　　　　　　　　　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

（令和1年5月1日　改）

事業主の証明書のいずれかを添付してください。