受付年月日	年　月　日
伺年月日	年　月　日
決裁年月日	年　月　日

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当	担当
資格取得	年　月　日		
資格喪失	年　月　日		
支払年月日	年　月　日		

支給額		円
支給内訳	埋葬料	円
	埋葬料付加金	円
	埋葬費	円
	埋葬費付加金	円

88

被保険者 家族 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

①被保険者証の記号・番号	記号		②被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の	(ア)名称			
	番号			(イ)所在地			
③死亡した年月日	年　月　日			④死亡原因			
⑤被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア)氏名		(イ)埋葬した年月日	年　月　日	(ウ)埋葬に要した費用	金　円	
	(エ)被保険者の(最後)の標準報酬月額	千　円		(オ)死亡した被保険者と請求者との身分関係			
⑥被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア)氏名		(イ)生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	(ウ)被保険者との続柄		
⑦老人保健法の医療を受けていたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関名		
⑧備考							
⑨支払金融機関欄	銀行 金庫 農協	支店	(普通 当座)	口座番号			

上記のとおり請求します。

年　月　日　⑩

請求者の 住所 ⑪
氏名 ㊞

健康保険組合理事長　殿　⑫

⑬委任状	私は　を代理人と定め、次の権限を委任する。 年　月　日請求した 被保険者 家族 埋葬料(費)・ 被保険者 家族 埋葬料(費)附加金のうち金　円也の受領に関すること。 年　月　日 請求者の ⑭住所 ⑯ ⑮氏名 ㊞ 代理人の ⑰住所 ⑲ ⑱氏名 ㊞
⑲振込希望の銀行又は郵便局名	銀行　支店 (普通 当座 第　号)・　郵便局

書 ⑳領収	金　円也但し うえの金額を領収いたしました。 年　月　日 健康保険者組合理事長　殿 受領者 ㉑住所 ㉓ ㉒氏名 ㊞

事業主の証明	㉔死亡した者の氏名		㉕死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年　月　日　死亡		
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年　月　日 事業主 ㉖住所 ㉘ ㉗氏名 ㊞			

（注意事項）

ア、標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲むこと。

イ、①欄は、健康保険の「被保険者証」、⑤の(エ)欄は事業主から交付された死亡当時の「賃金支払内訳票」などを見て記載すること。

ウ、被保険者が死亡したための請求であるときは、⑥の(ア)と(イ)と(ウ)の各欄に、⑤の(ア)から(オ)までの各欄に被扶養者が死亡したための請求であるときは、その他の欄は、死亡した被保険者の被扶養者であることが記載されること。

エ、⑤の(イ)欄に限り、該当せず、死亡した被保険者の他の者が請求するときは、この場合は標題の「料」の文字を抹消すること。

オ、⑧欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときは、その資格喪失月日を、また死亡のときが死亡の日の三カ月前までであるときは、その傷病名と健康保険で療養を受けていたときに、その療養の開始日などを記載すること。

カ、⑨欄には、請求者が直接受領するときに振込希望の銀行又は郵便局を記載すること。

キ、⑲欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込希望銀行名又は郵便局名を記入して下さい。

ク、⑳欄は、直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入して下さい。

ケ、死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病（死亡）届」をつくって、この請求書に添付すること。

（添付書類）

火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写を添付して下さい。

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可証を添付して下さい。

〈R1.5月改訂〉