

被保険者  
被扶養者

## 埋葬料（費）請求書

神栄健康保険組合御中

提出日： 年 月 日

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

|                                           |                                    |                                                                      |                       |              |          |  |
|-------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|----------|--|
| 請求者が記入する欄                                 | 被保険者証の記号・番号                        | -                                                                    |                       | 被保険者氏名       |          |  |
|                                           | 被保険者の住所                            | 〒 -                                                                  |                       |              |          |  |
|                                           | 電 話 番 号                            | TEL ( )                                                              |                       |              |          |  |
|                                           | 勤務する事業所名                           |                                                                      |                       | 死 亡 年 月 日    | 年 月 日    |  |
|                                           | 死 亡 原 因                            |                                                                      |                       | 第三者行為による     | はい ・ いいえ |  |
|                                           | 被保険者が死亡したための請求であるとき                | 被保険者氏名                                                               |                       |              |          |  |
|                                           |                                    | 埋葬年月日                                                                | 年 月 日                 |              |          |  |
|                                           |                                    | 埋葬に要した費用                                                             | 円（埋葬費請求の場合のみ記入してください） |              |          |  |
|                                           |                                    | 請求者の氏名                                                               |                       |              |          |  |
|                                           |                                    | 被保険者との関係                                                             |                       |              |          |  |
|                                           | 被扶養者が死亡したための請求であるとき                | 被扶養者氏名                                                               |                       |              |          |  |
|                                           |                                    | 生年月日                                                                 | 年 月 日                 |              |          |  |
|                                           |                                    | 被保険者との続柄                                                             |                       |              |          |  |
|                                           | 委 任 状<br>(請求者が被保険者である場合のみ記入してください) | 本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。<br>年 月 日<br>被保険者氏名 ㊟<br>※本人署名がある場合は、捺印不要です。 |                       |              |          |  |
| 振込希望の銀行<br>(請求者が退職者又は被保険者以外の場合のみ記入してください) | 銀行名                                |                                                                      |                       | 支店名          |          |  |
|                                           | 口座No.                              | 普通<br>当座                                                             |                       | フリガナ<br>口座名義 |          |  |

|           |                                             |       |  |       |           |
|-----------|---------------------------------------------|-------|--|-------|-----------|
| 事業主が証明する欄 | 死亡した者の氏名                                    |       |  | 死亡した者 | 被保険者・被扶養者 |
|           | 死亡年月日                                       | 年 月 日 |  |       |           |
|           | 上記のとおり相違ないことを証明する。<br>年 月 日<br>事業主の住所<br>氏名 |       |  |       |           |

※被保険者が亡くなられた場合、被保険者により生計を維持されていた方に「埋葬料」が支払われますが、埋葬料を受け取る方がいらっしゃらない場合は、実際に埋葬を行った方に埋葬料の金額を上限とし実際に埋葬に要した費用に対する「埋葬費」が支給されます。

|     |                                                                       |                                                                    |
|-----|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|     | 請求出来る人                                                                | 添付書類                                                               |
| 埋葬料 | 埋葬を行った 生計維持関係のある人<br>※被扶養者以外でも 生計の一部を被保険者の収入に頼っていた人。（同一世帯や親族でなくても請求可） | 火葬許可証・埋葬許可証・死亡診断書・検視調書いずれかの写し<br>死亡した方の健康保険被保険者証                   |
| 埋葬費 | 上記に該当しない（生計維持関係がない）場合、実際に埋葬を行った人。                                     | 上記証明のほかに埋葬にかかった費用の領収書及び領収明細書（「死亡した方の氏名」「埋葬した方の氏名」「埋葬費用」が明記されている書類） |