

健康保険 **被保険者** 埋葬料(費)請求書

家族

請求者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	0000 11111	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	(7) 名称 (イ) 所在地	太陽生命〇×支社		
	③ 死亡した年月日	平成・令和 3 年 3 月 7 日		④ 死亡原因	急性心不全		
	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	(7) 氏名	太陽花子	(イ) 埋葬した年月日	平 令 3 年 3 月 15 日	(ウ) 埋葬に要した費用	金 15 万円
		死亡した被保険者と請求者との続柄(関係)			子		
	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	(7) 氏名	該当せず	(イ) 生年月日	昭・平・令 年 月 日	(ウ) 被保険者との続柄	該当せず
		備考					
	⑧ 振込希望の銀行	三井住友 銀行 〇× 支店 普通 当座 No. 8912345			口座名義人 タイヨウイチロウ		
⑨ うえのとおり請求します。	令和 3 年 5 月 10 日		〒 000-0000	TEL 022 (000) 1111			
請求者のフリガナ			住所 宮城県仙台市中区玉川3-2-1		⑨被保険者死亡の場合、印鑑はご請求者の実印を押印する。		
氏名			タイヨウイチロウ				
太陽生命健康保険組合理事長 殿			太陽 印				

事業主が証明するところ	⑩ 死亡した者の氏名	太陽花子	⑪ 死亡した者	被保険者・被扶養者
	⑫ 死亡した年月日	平成・令和 3 年 3 月 7 日 死亡		
	⑬ うえのとおり相違ないことを証明します。	住所 東京都城南区城西1-1-1		職印
事業主の氏名	太陽生命保険株式会社 〇×支社 〇×支社長 中央太郎			

(注 意 事 項)

- ア. 被保険者が死亡したときは標題の「被保険者」を、被扶養者が死亡したときは「家族」を〇印で囲むこと。
- イ. ①欄は、健康保険の被保険者証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、⑤(ア)(イ)(ウ)(エ)に記載し、⑥各欄に「該当せず」と記載する。被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑥(ア)(イ)(ウ)に記載し、⑤各欄に「該当せず」と記載する。
- エ. 被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持されていた者が埋葬したための請求に限り、⑤(イ)(ウ)の各欄に「該当せず」と記載する。被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持されていなかった者が埋葬したための請求である場合(標題の「料」の文字を抹消すること。)は、⑤(イ)(ウ)の各欄に該当する事項を記載し、埋葬に要した費用の領収書(費用内訳として品名、数量、単価及び金額が明記されているもの)を添付する。なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付する。
- オ. ⑦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、その資格喪失年月日を記載する。また、介護保険法の規定による指定居宅サービス若しくはこれに相当するサービスを受けている者が死亡したときは、同法に規定されている被保険者証の保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記載する。
- カ. ⑧欄は請求者の振込希望銀行口座を記載する。
- キ. 第三者の行為による死亡であるときは「第三者行為による傷病(死)届」をこの請求書に添付する。

受付日付印

(添 付 書 類)

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市(区)町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検視調書のいずれかの写を添付する。