

被保険者
被扶養者

埋葬料(費)請求書

請求者が記入するところ	(1) 被保険者証	記号		番号					
	(2) 被保険者	氏名		(3) 被保険者が勤務する(していた)部署、支社、関連会社の名称					
		生年月日	昭・平		年	月	日		
	(4) 死亡日	令和	年	月	日	(5) 死亡原因			
	(6) 死亡者情報	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄	
			埋葬に要した費用	円					
	(7) 備考								
	(8) 振込口座	被扶養者がお亡くなりになった場合は、被保険者の給与口座にお振込みいたします。							
		※被保険者以外(遺族等)が請求者となる場合は振込希望の銀行口座を記入してください。							
金融機関名称		本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)				
			普通						
(9) うえのとおり請求します。	令和	年	月	日	〒	TEL	()		
	請求者の	住所	フリガナ	氏名					

事業主が証明するところ	(10) 死亡した者の氏名		(11) 死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者			
	(12) 死亡日	平成・令和	年	月	日	死亡	
	(13) うえのとおり相違ないことを証明します。	令和	年	月	日	住所	事業主

添付書類	【 被保険者死亡の場合の添付書類 】	
	1. 請求者が被扶養者の場合	
	<input type="checkbox"/> 事業主の証明または市(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	
	2. 請求者が被扶養者以外の生計維持関係者の場合	
	<input type="checkbox"/> 事業主の証明または市(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	
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(死亡者とご請求者の関係がわかる謄本)	
	3. 被保険者により生計維持されていた方がいない場合で、実際に埋葬を行った方の請求の場合	
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用額が記載されているもの)	
	<input type="checkbox"/> 埋葬に要した費用の明細書	
	※ 埋葬料(費)の他に傷病手当金等の保険給付の請求がある場合	
<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書(請求者)		
<input type="checkbox"/> 念書(請求者が記入・実印を押印してください)		
【 被扶養者死亡の場合の添付書類 】		
<input type="checkbox"/> 事業主の証明または市(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		

受付日付印

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

【記入上の注意事項】

- ア. 標題の「被保険者」、「被扶養者」に☑してください。
- イ. (1)欄は、健康保険の被保険者証を見て記載してください。
- ウ. (4)～(6)欄は、死亡した方の情報を記載してください。
- エ. (6)について、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。
- 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。