太陽生命健康保険組合理事長　殿

□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) 被保険者等	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	金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)
			普通		

(9) 上記のとおり請求します。
なお、当請求を事業所経由で行う場合、健康保険組合への書類提出を事業所に委任します。

令和　年　月　日　〒　TEL　(　)

住 所
請求者　ﾌﾘｶﾞﾅ
氏 名(自署)

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	□被保険者 □被扶養者
(12) 死亡日	平成 ・ 令和　年　月　日　死亡		

(13) 上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

所在地
事業主　名称
代表者名

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**
□ 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**
□ 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
□ 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**
□ 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)
□ 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**
□ 印鑑登録証明書(請求者)
□ 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 】
□ 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、①資格情報のお知らせ②資格確認書のいずれか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。