

被保険者資格喪失後の埋葬料(費)の請求について

次に挙げる(1)(2)(3)のいずれかに該当される場合は、下記①～③のご記入に併せて、【埋葬料(費)請求者】欄にもご記入、ご捺印をお願い致します。

- (1) 資格喪失後 3 か月以内に死亡したとき
- (2) 資格喪失後、継続給付として傷病手当金又は出産手当金を受給中に死亡したとき
- (3) 資格喪失後も継続して傷病手当金や出産手当金を受給していた被保険者が給付を受けなくなってから 3 か月以内に死亡したとき

記

貴組合に埋葬料(費)を請求しますので、被保険者が亡くなったときに加入していた健康保険には埋葬料(費)を請求いたしません。

被保険者が亡くなったときに加入していた健康保険等の

- ① 被保険者名 _____
- ② 記号・番号 _____
- ③ 健康保険の名称 _____ 電話 () _____

【埋葬料(費)請求者】

令和 年 月 日

〒

住所 _____

氏名 _____

被保険者との続柄 _____



※ご注意 代表相続人の実印を押印のうえ、印鑑登録証明書を添付してください。

以 上