

健康保険被保険者家族埋葬料(費)請求書

◎添付書類及び記入方法については、裏面に書いてありますので必ずお読みください。
○振込先を郵便局に指定される方へ
利用できる口座は「通常貯金口座」は「・る・る」に限られています。
確認のため通帳の記号、番号、名前等のページの写しを添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号		② 被保険者の (請求者) 氏名及び 生年月日と印		③	
			明・大・昭 年 月 日		㊴	
	④ 被保険者の (請求者) 現住所	郵便番号	TEL ()			
	⑤ 被保険者の勤務する (していた)事業所の 名称・所在地		名称			
			所在地			
	⑥ 死亡した年月日		⑦ 死亡原因 (病名)			
	⑧ 第三者の行為によるものですか				はい・いいえ	
	⑨ 死亡した 被保険者 の氏名	① 氏名	㊲ 埋葬した 年月日	年 月 日	㊳ 埋葬に要 した費用	金 銭 (別添証拠書のとおりに 円
	㊴ 被保険者の(最後の) 標準報酬月額		㊵ 死亡した被保険者と 請求者との身分関係			
	⑩ 死亡した 被扶養者 の氏名	① 氏名	㊶ 続柄	㊷ 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
⑪ 老人保健法の医療 を受けていたとき		① 市町村番号		㊸ 受給者番号	㊹ 発行機関名	
⑫ 備 考						

平成 年 月 日 提出

事業主の証明するところ	⑬ 死亡した者の氏名	⑭ 死亡した者は被保険者ですか		被保険者・被扶養者
	⑮ 死亡した年月日	平成 年 月 日	死亡	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日			
	⑯ 住 所 事業主 ⑰ 氏 名		⑱ ㊲	

TEL ()

支払金融機関欄	銀行コード	支店コード	本店 支店 郵便局	普通・当座
	口座番号 (記号・番号)	フリガナ 口座名義		

受取代理人欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	
	被保険者 (請求者) 住所 氏名	㊳
	代理人の 氏名と印	委任者と代理人との関係 ㊴

社会保険労務士の提出 代行者印	㊵
--------------------	---

東京薬業健康保険組合

[添付書類]

1. 埋葬料(被保険者によって生計を維持していた人が請求する場合)
○死亡診断書、事業主の証明、埋葬許可証の写し、火葬許可書の写しのいずれか。
2. 埋葬費(被保険者によって生計を維持していた人がないため、実際に埋葬を行った人が請求する場合)
○上記1の添付書類の他に、埋葬に要した費用の領収書とその費用の内訳書
(品目、数量、単価及び金額が明記してあるもの)
※請求者が当組合の被扶養者でない場合は、被保険者との生計維持関係を
確認するために、上記添付書類の他に住民票(除票)、戸籍謄本等を添付
してください。
3. 家族埋葬料
○死亡診断書、事業主の証明、埋葬許可書の写し、火葬許可書の写しのいずれか。

[記入上の注意]

1. ⑦の死亡原因(病名)は必ず記入してください。
2. 標題の「被保険者」、「家族」の別、⑧と⑭および⑩の①については、該当する文字
を○で囲んでください。
3. 埋葬費を請求する場合は、標題の「埋葬料」の料の文字を抹消し、⑨の②と①を必ず
記載してください。
4. ⑫は被保険者の資格を喪失した後の死亡である場合に限り、その資格を喪失した年月
日及び死亡の際又は、死亡の日の三ヶ月前までに健康保険による療養を受けていた者
は、その傷病名と健康保険による療養をはじめた年月日を記載してください。
5. 死亡が第三者の行為によるものであるときは「第三者行為による傷病届」をこの請求書
に添付してください。
6. 被保険者死亡の場合②、④は請求者の氏名と現住所を記入してください。
7. ⑪に該当したときは、①、②、③については、老人保健の医療受給者証に書いてあり
ます。
8. ③欄の被保険者の印は、被保険者(請求者)自らが署名した場合に限り、押印は省略す
ることができます。
ただし、受取代理人の欄については、押印が必要となります。