健康保険

家族埋葬料請求書

（被扶養者が亡くなった場合）

裏面「必要添付書類」及び「注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

請求者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号 ―	②被保険者の氏名及び生年月日	昭・平　年　月　日	③請求書の提出を事業主に依頼します　チェック □
	④死亡した被扶養者の氏名及び生年月日	昭・平・令　年　月　日	⑤被保険者との続柄	
	⑥請求者の現住所	郵便番号　―　TEL（　） 携帯（　） 方		
	⑦被保険者の勤務している事業所名称・所在地	事業所名称		
		事業所所在地		
	⑧死亡した年月日	令和　年　月　日　死亡	⑨死亡原因	
	⑩埋葬を行った年月日	令和　年　月　日	⑪埋葬に要した費用額	円
	⑫第三者の行為によるものですか	はい　・　いいえ		
	⑬介護保険法のサービスを受けていたとき	⑦保険者番号	㋑被保険者番号	㋒保険者名称

事業主の証明するところ	⑭死亡した被扶養者の氏名	
	⑮死亡した年月日	令和　年　月　日　死亡
	⑯上記のとおり相違ないことを証明します 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名　TEL（　）　証明日　令和　年　月　日	

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。　令和　年　月　日 被保険者住所 （請求者）氏名		
	代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係

□ **マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記口座欄を記入してください）**

※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。

※受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。

振込先指定口座	銀行コード　銀行・農協 信金・信組	支店コード　本店 支店		
	普通・当座	口座番号		
	口座名義		フリガナ	

口座名義が被保険者名でない場合は必ず受取代理人欄に記入してください。

この書類の送付先は

〒100-0014
東京都千代田区
永田町2-17-2

東京薬業健康保険
組合　給付課　宛

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

東京薬業健康保険組合

※※記入方法及び注意事項※※

（被扶養者が亡くなった場合）

【添付書類】

申請者	添付書類
被保険者	埋葬料申請書の「事業主の証明するところ」記載証明 市区町村長の埋葬許可証(写) 市区町村長の火葬許可証(写) 死亡診断書(写) **いずれか１点の添付が必要です**

【注意事項】

1. 「事業主が証明するところ」の内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と事業主の氏名（サイン）をご記入ください。

2. 健康保険の給付の受給権は２年で消滅します。
埋葬料の時効の起算日は「死亡日の翌日」となります。

記入漏れや不備事項がありますと決定が遅れる場合があります。