

# 埋葬料（費）請求書

（被保険者が亡くなった場合）

※※ 裏面「必要添付書類」及び「注意事項」を必ずお読みになつ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請求者の氏名及び生年月日 昭・平・令 年 月 日		③本請求書の提出を事業主に依頼します チェック <input type="checkbox"/>	
	④死亡した被保険者の氏名及び生年月日 昭・平 年 月 日			⑤請求者と被保険者の続柄		
	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た事業所名称・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 (病名等)			
	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		⑭保険者番号		⑮被保険者番号	
					⑯保険者名称	

事業主の証明するところ	⑭死亡した被保険者の氏名					
	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		証明日		令和 年 月 日		
事業所名称		TEL ( )				
事業主氏名						

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

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

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

※口座名義が請求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。

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※※

(被保険者が亡くなった場合)

## 【添付書類】

申請者	添付書類
被扶養者	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) <p style="text-align: right;"><b>いずれか1点の添付が必要です</b></p>
被扶養者以外の家族 (被保険者と同居し生計維持されていた方)	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) <p style="text-align: right;"><b>いずれか1点の添付</b></p>
	申請者と被保険者の続柄が記載されている住民票(原本) <p style="text-align: right;"><b>1点の添付</b></p> ※生計維持されていた方がいる場合は その方が申請することとなります <b>合計2点の添付が必要です</b>
被扶養者以外の家族 (被保険者により生計維持されていた方がいない場合(別居)、実際に埋葬を行った方)	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) <p style="text-align: right;"><b>いずれか1点の添付</b></p>
	戸籍謄本(原本) 埋葬に要した費用の領収書(原本) ※必ず申請者と同名義のもの <p style="text-align: right;"><b>2点の添付</b></p> <p style="text-align: right;"><b>合計3点の添付が必要です</b></p>

**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。**

## 【注意事項】

- 「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。
- ⑩と⑪は亡くなられた被保険者に生計維持されていた方がいない場合、必ずご記入してください。
- 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(ただし、埋葬費については埋葬を行った日の翌日)」となります。