

支 給 決 定 伺			支給決定 令和 年 月 日		
常務理事	事務長	担 当	支 給 決定額	埋葬料	円
				家族埋葬料	

埋 葬 料 請 求 書

被 保 険 者 (請 求 者) 情 報	被保険者証 記号一番号	—		生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	氏 名							*埋葬料の支払いを受ける方の氏名をご記入ください	
	住所・連絡先	〒 —							
	●被保険者（本人）死亡のときご記入ください。								
	金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義（カタカナで記入）				
		普通預金							
請 求 内 容	◇死亡した方について								
	死亡年月日	平成 令和	年	月	日	死亡の原因 (傷病名)			
	第三者の行為による死亡 ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	左記「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください			埋葬に要した費用の額			
	●家族（被扶養者）が死亡したための請求であるとき								
	ご家族の氏名				生年月日	昭和 令和	年	月	日
	被保険者との 続柄				認定年月日	昭和 令和	年	月	日
	当健保組合に被扶養者として認定された日から3か月以内に亡くなられた場合、認定日以前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください					保険者名：			
						記号・番号：			
	●本人（被保険者）が死亡したための請求であるとき								
	氏名				被保険者から見た 請求者との身分関係				
当健保組合の被保険者資格を喪失後3か月以内に亡くなられた場合、亡くなられた際に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください					保険者名：				
					記号・番号：				
事 業 主 証 明 欄	令和 年 月 日								
	上記の通り相違ないことを証明する								
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名									

【必要添付書類】

死亡診断書または埋葬許可証（写）

被保険者（本人）死亡の場合に、親族以外の方が埋葬を行った場合は、埋葬にかかった費用の領収証（原本）

【注意事項】

埋葬料は、この請求書が健保組合に到着した日の翌月の25日（休日の場合は前営業日）に振込みます。