

被保険者本人埋葬料・埋葬費請求書

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

※埋葬料：被保険者により生計を維持された被扶養者で、埋葬を行う被扶養者に支給（5万円）
※埋葬費：扶養家族がいない場合、実際に葬儀、埋葬などを行った人に支給（上限5万円以内で、実際に要した費用相当額）

請 求 者 記 入 欄			事 業 主 証 明 欄			
被保険者証 記号・番号		—	左記内容に相違ないことを証明する。 年 月 日 事業主 氏名 事業所 名称			
死亡した被保険者	氏 名					
	生年月日	昭・平・令 年 月 日				
	死亡年月日	令和 年 月 日				
死亡原因 (傷病名)						
埋葬した年月日		令和 年 月 日	N X グループ健康保険組合記入欄			
埋葬に要した費用		金 円 (別紙証拠書類のとおり)				
請求者	氏名					
	被保険者との続柄					
第三者行為によるものか		☐ はい ☐ いいえ	整 理 番 号			
		「はい」の場合、「第三者行為による傷病届」を添付してください。健保へ未報告の場合は、必要書類をお送りします。	種 別		埋葬料 ・ 埋葬費	
上記の通り請求します。なお金額の受領を右記事業主に委任します。 年 月 日 住所 〒 請求者氏名		決 定 金 額	円			
		台帳照会	被保険者資格取得	年 月 日		
			被保険者資格喪失	年 月 日		
			被扶養者資格取得	年 月 日		
【留意事項（添付書類）】 埋葬料：死亡診断書（写し）を添付 埋葬費：埋葬に要した費用の領収書（原本）と内訳書を添付						