

被保険者本人埋葬料・埋葬費請求書

記入例

※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）

| | | | | |
|------|----------|---------|------|---|
| 常務理事 | ユニットリーダー | シニアリーダー | リーダー | 係 |
| | | | | |

| 請求者記入欄 | | 事業主証明欄 | | | |
|---|---|-----------------------------------|-----------|-------------------|--|
| 被保険者証 記号・番号 | 1111 — 123456 | 左記内容に相違ないことを証明する。 令和5年 12月 25日 | | | |
| 死亡した被保険者 | 氏名 | | | 健保 太郎 | |
| | 生年月日 | | | 昭・平・令 41年 11月 10日 | |
| | 死亡年月日 | | | 令和 5年 12月 10日 | |
| | 死亡原因 (傷病名) | 〇〇〇〇病 | | | |
| 埋葬した年月日 | 令和 5年 12月 17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 〇〇〇〇〇 円 (別紙証拠書類のとおり) | | | | |
| 請求者 | 氏名 | 健保 次郎 | | | |
| | 被保険者との続柄 | 弟 | | | |
| 第三者行為によるものか | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。 | | | | |
| 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。 | | 種別 | 埋葬料 ・ 埋葬費 | | |
| 住所 〒111-1234 東京都〇〇区××町1-2-3 請求者氏名 健保 次郎 | | 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 | | | |