

支給決定伺						※ケンポ記入欄	
支給金額	円	死亡日	H・R	年	月	日	取得 S・H・R . .
経伺	常務理事	事務長	課長		担当者		喪失 S・H・R . .
							備考

健康保険

被保険者
家族

埋葬料（費）請求書

あてはまるものに○印

上記の請求者と同じ名義人の口座を記入

大同健保

被保険者証の記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の名称	大同〇〇株式会社							
対象者氏名	健保 太郎	生年月日	S・H・R 〇年〇月〇日生	続柄 本人						
死亡年月日	H・R 〇年 〇月 〇日	埋葬年月日	H・R 〇年 〇月 〇日							
死亡原因	胃癌	第三者行為によるもので	ある <u>ない</u>							
<p>上記の通り請求致します。</p> <p>請求者と死亡した者との続柄 妻</p> <p>請求者の住所 〇〇〇</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日</p> <p>氏名(自署)及び印 健保 花子 (印)</p> <p>大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇</p>										
事業主の証明欄	<p>上記対象者が 平成・令和 年 月 日に死亡したことを証明します。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名 TEL</p> <p>事業主氏名 (印)</p>									
*被扶養者死亡時の在職者のみ記入	上記金額の受領を _____ に委任します(会社名を記入)									
*以下、被保険者死亡時および被扶養者死亡時の退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)										
金融機関および支店名	〇〇	銀行・信用金庫	〇〇	支店						
<u>1.普通</u> 2.当座	口座番号	〇〇〇〇								
フリガナ	ケンポ ハナコ									
口座名義人	健保 花子									
		<table border="1"> <tr> <th colspan="3">所属事業所 確認印</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			所属事業所 確認印					
所属事業所 確認印										

会社名を記入

埋葬日不明の場合は記入不要

事業主が記入

社会保険担当部署の印

- 死亡した被保険者の家族が埋葬を行い請求者となる場合は、その続柄を証明する公的書類の写しを添付すること。
- 被保険者が死亡し、その埋葬を家族以外が行い請求する場合は、埋葬に要した証拠書類を添付すること。
- この請求書には、市区町村の埋葬許可証または死亡診断書、死体検案書または検死調書の写しを添付すること。
なお、死亡に関する事業主の証明でもよい。(死亡日が分かる上記書類がある場合は添付をお願いします)
- 第三者行為による死亡である場合は、別途「第三者行為による健康保険扱い申請書」の届出をすること。

