

※支給決議書	支給年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務局長	グループ長	担当		
	支給額										
	支給内訳	法定				死亡年月日	平成	年	月	日	被扶養者属
		付加				交付	取得	昭和・平成	年	月	
備考											

被保険者 埋葬料 請求書

被保険者又は請求者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	記号 11 番号 12345	②請求者の氏名と印	日航 太郎 日航
	③請求者の現住所	〒 123-1234 東京都大田区羽田1-2-3 TEL 03 (1234) 1111		
	④事業所名(所属)	株式会社 日航〇〇 (総務課) TEL 03 (5678) 2222		
	⑤被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア)氏名 該当せず	(イ)被保険者と請求者の続柄	
		(ウ)埋葬した年月日 平成 年 月 日	(エ)埋葬に要した費用 円	※葬儀費等との併記
	⑥被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア)氏名 日航 ume	(イ)被保険者と請求者の続柄	母
		(ウ)死亡年月日 平成 年 月 日	(エ)死亡の原因(病名)	急性心不全
⑦死亡の原因が第三者の行為によるものであるかどうか	ある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/>	死亡が第三者の行為によるとき	1 第三者が不明 2 第三者から埋葬料の補償が認められない ※第三者から補償がある場合には、健康保険組合へ埋葬料の請求はできません	
⑧被保険者が死亡したための請求であるときは請求者名義の振込先	銀行 貸付金庫 貸付金庫 貯蓄金庫	本店 支店 出張所	金融機関番号 口座番号 口座番号	

事業主が証明するところ	<p>うえのとおり間違いないことを証明します 委任を受けた家族(被扶養者)健康保険は、当事業主と健康組合との間で定められた方針で受領し、請求者へ支給します</p> <p>事業所 所在地 名称</p> <p>事業主 氏名</p>	<p align="center">平成 年 月 日</p> <p align="center">家族(被扶養者)死亡による請求の場合のみ、 事業主証明印を、事業所健康窓口にて、 押印いただいでください。</p>
-------------	---	---

特定退職(保険証の記号30)及び任意継続(保険証の記号19)の方は記入不要。

<注意事項>

- ア ①欄 被保険者が死亡したための請求の場合は請求者となるご家族等の氏名を記入して下さい。
- イ ⑤欄(ウ)(エ) 被扶養者または死亡した被保険者と生計維持関係のある方(妻等)が請求者である場合は記入不要です。それ以外の方が請求者である場合は記入し、埋葬に要した費用の領収書・明細書(本紙)を添付してください。
- ウ この請求書には、死亡診断書、埋葬・火葬許可証、死体検案書等の写しを添付するが、事業主の証明を受けて下さい。
- エ 被保険者が死亡したための請求である場合で、請求者との関係を確認するために別途書類をご提出いただく場合があります。
- オ 家族埋葬料を請求する際は、被扶養者削除の手続きを行って下さい。
- カ 家族埋葬料を請求する際は、必ず「事業主が証明するところ」へ押印が必要です。

.....
 受付日付印