

埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

1 標題の「被保険者」と「家族」の欄はそれぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。
 2 ①欄は、健康保険証を見て記入して下さい。
 3 ③欄と④欄中の事業主印はつきり押しして下さい。
 4 ⑫欄については、被保険者が請求者となる場合に記入・押印して下さい。
 5 ⑬欄については、被保険者以外の者が請求する場合のみ記入・押印して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証 の記号と番号	〇〇〇 〇〇〇〇	② 被保険者 (請求者) の氏名と印	フリガナ ガンダ タロウ 玩具 太郎	③	玩具 印	
	④ 被保険者 (請求者)の現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3		TEL 047 (〇〇〇) 6851			
	⑤ 事業所の名称	(株) 〇〇ドール		TEL 03 (〇〇〇) 1235			
	⑥ 死亡年月日	平・令 〇〇年9月5日	⑦ 死亡原因	〇〇癌			
	⑧ 被保険者が死亡した ときのその者の	(ア) 氏名	(イ) 埋葬した年月日	平・令 年 月 日	(ウ) 埋葬に要した費用	円	
		(エ) 被保険者の(最後)の標準報酬月額	千円		(オ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係		
	⑨ 被扶養者が死亡した ための請求はその者の	氏名	玩具 桃子	生年月日	昭平令 12年3月4日	被保険者との続柄	妻
	⑩ 老人保健法 の医療を受けていたとき	市町村番号	※ 該当する場合は記入して下さい		発行機関名		
	⑪ 備考						
	⑫ 被保険者が在職している場合	わたくは、埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金の受領を事業所の保険給付金受領代理人に委任します。					
	委任状	住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 被保険者の氏名 玩具 太郎			令和 〇〇年9月28日	玩具 印	

(添付書類)

1 被保険者が死亡し、被扶養者以外の者が請求する場合は、被保険者との関係のわかる戸籍謄本等の生計維持関係を証明できる書類及び埋葬に要した費用の領収書(原本)及び内訳のわかる明細書(原本)が必要になります。
 2 事業主の証明を得ない請求をする場合は、この請求書に死亡診断書、死体検案書、市区町村長の埋葬許可証又は、火葬許可証の写しなど死亡年月日が確認できる書類が必要になります。
 3 死亡原因が病死以外の場合に死亡年月日が確認できる書類が必要になります。
 4 死亡原因が第三者の行為によるものであるときは、別紙第三者行為による傷病届が必要になります。

振 込 依 頼 書	⑬ フリガナ			口座区分	普通・当座	交付年月日
	フリガナ	銀行	支店	口座番号		
	口座名義					
本請求にかかわる保険給付金は上記に振込みされるよう依頼します。						玩具 印
令和 年 月 日						玩具人形健康保険組合
被保険者であった者(請求者)の氏名						

事 業 主 の 証 明 す る 欄	⑭ 死亡した者の氏名	玩具 桃子	死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	平・令 〇〇年9月5日 死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇〇年10月1日			
所在地		東京都〇〇区〇〇2-4-6		
事業所の名称		(株) 〇〇ドール		
事業主氏名		代表取締役 花村 莓		
				事業主印