

健康保険 埋葬料 請求書

埋 葬 料 家 族 埋 葬 料

請求者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号		(記号)	(番号)	②被保険者が勤務していた又は勤務している事業所の名称	
	被保険者(請求者)の氏名・住所・郵便番号		③氏名 カガナ ()		④住所 〒□□□□-□□□□	
	TEL ()					
	⑤死亡した年月日		平成 年 月 日	⑥死亡した原因 (負傷は⑫へ)		
	⑦死亡した方の氏名及び生年月日		(氏名)	死亡したのは被保険者ですか、被扶養者ですか。該当文字を () で囲んでください。		被保険者 被扶養者
			(生年月日) 大・昭・平・令 年 月 日	⑧埋葬した年月日		平成 年 月 日
	死亡した者方との続柄 (請求者側から見た続柄)		埋葬に要した費用		円	
	⑨介護保険法のサービスを受けていたとき		保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
	⑩受取代理人		*代理人に委任する方は記入してください この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 被保険者(請求者)氏名 _____			
	受領方法		振 込 希 望 金 融 機 関			
		【被保険者(請求者)又は委任代理人の口座に限ります】				
		カガナ() 銀行 () 普通・当座 店番 _____ _____ 信用金庫 _____ 支店 口座番号 _____ カガナ () ※支給金額 _____ 円 口座名義人氏名 _____				

⑪事業主が証明するところ	死亡した方の氏名	死亡した年月日	平成 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		
	事業所名称・所在地 事業主氏名		

負傷届 (死亡原因が負傷の場合はできるだけ詳しく記入してください)

⑫負傷の発生状況	いつ 年 月 日 午前 時 分 午後
	どこで(場所)
	何の目的で
	何をしているときに
	どうなった

◎記入するときは、「裏面の注意事項」をご覧ください

2021.06

記入するときの注意事項

- ⑥欄 死亡した原因が外傷(打撲、骨折など)であるときは、⑫欄の負傷届に記入してください。
 なお、死亡の原因が第三者行為(交通事故、集団食中毒など)によるものであるときは、当組合に備え付けの「第三者行為用の負傷届」を添付してください。
- ⑧欄 死亡した被保険者と生計維持関係のない者が埋葬(葬儀)を行った場合だけ、記入してください。
- ⑨欄 介護保険の被保険者証に記載されている事項について記入してください。
- ◎ 健康保険の給付を受ける権利は、2年間の時効で消滅します。

添付書類

被 保 険 者 が 死 亡 さ れ た と き	請求者が被扶養者の認定を受けていた場合	⑪欄に死亡に関する事業主の証明又は市区町村長の埋(火)葬許可証(写)あるいは医師の死亡診断書(写)	
	請求者は被扶養者の認定を受けていないが、死亡した被保険者と生計維持関係にあった場合	妻が請求の場合	ア. ⑪欄に死亡に関する事業主の証明又は市区町村長の埋(火)葬許可証(写)あるいは医師の死亡診断書(写) イ. 住民票の謄本(死亡した被保険者と請求者が記載されているもの)
		妻以外の者が請求の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記、ア・イの他に次のいずれか1つ ・ 定期的な仕送りの事実がわかる預貯金通帳の(写)又は現金書留封筒の(写) ・ 死亡者が請求者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書の(写)
	死亡した被保険者と生計維持関係がない者が埋葬(葬儀)を行った場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ ⑪欄に死亡に関する事業主の証明又は市区町村長の埋(火)葬許可証(写)あるいは医師の死亡診断書(写) ・ 埋葬に要した領収書及び明細書 	
被 扶 養 者 が 死 亡 さ れ た と き	⑪欄に死亡に関する事業主の証明又は市区町村長の埋(火)葬許可証(写)あるいは医師の死亡診断書(写)		

■ 支給決定に際し、別途、必要書類等の提出を求める場合があります。

この請求書の記載についてわからないときは、健康保険組合(TEL06-6541-1481)給付課へおたずねください。

◎ 提出先 〒550-0014 大阪市西区北堀江 2-2-25 久我ビル南館
 大阪府木材健康保険組合