

款	支給額
項	
目	円

常務理事	事務長	主任	事務	担当者

被保険者
家族

埋葬料 請求書

アンリツ健康保険組合御中 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者	記号	番号	請求者							
	住所							(被保険者死亡のときは請求者名を記入ください)			
					TEL						
	以下により請求します。ただし、保険給付金の在職中受領を下記事業主に委任します。										
	被 保 険 者 (本人)が 死亡した とき	死亡された被保険者氏名				被保険者の生年月日	昭・平	年	月	日	
		死亡年月日	令和	年	月	日	死亡原因				
		被保険者と請求者との関係(続柄)				埋葬に要した費用	円				
	添付書類 ①②は全員	①死亡診断書(写) ②戸籍謄本(除籍済み)または戸籍全部事項証明 〈被扶養者以外の遺族の請求〉生計維持関係の証明 〈埋葬を行った方の請求〉埋葬費の領収書									
	被 扶 養 者 (家族)が 死亡した とき	死亡された被扶養者氏名				被扶養者の生年月日	昭・平・令	年	月	日	
		死亡年月日	令和	年	月	日	死亡原因				
被保険者との続柄					添付書類	①死亡診断書(写)					
死亡の原因が第三者の行為によるものであるか否か	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	死亡が第三者の行為によるとき			<input type="checkbox"/> 第三者が不明	<input type="checkbox"/> 第三者から埋葬料の補償がない					
※第三者から埋葬料(費)の補償がある場合には、健康保険組合組合に請求はできません。											
請 求 者 の 口 座	被保険者が死亡の場合は、請求者の振込口座をご記入ください。					※ゆうちょ銀行は不可					
	※請求者が未成年の場合の委任欄 (振込先は、代理人名義の口座を記入)										
	給付金の受領を_____に委託します。					請求者 ⑤					
	金融機関名	支店名	種類	口座番号		フリガナ					
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			口座名義						
被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)									備考欄		

事 業 主 証 明 欄	この請求が正しいことを証明します。									
	委任を受けた保険給付は当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。									
	令和 年 月 日									
	事業所名					事業主(代理人)名				

健 保 組 合 記 入 欄	資格取得日	昭・平・令	年	月	日	原因	標準報酬月額	円		
	資格喪失日	令和	年	月	日	被保険者・家族	埋葬費用	円		
	死亡年月日	令和	年	月	日	年月日認定	支給金額	円		
	備考							受付NO		
							受付年月日			