

						発議			
支給決議書						常務理事	事務長	係	
決定額	法定額	¥							
	付加金	¥							
	合計	¥							
						資格取得日	年	月	日
						資格喪失日	年	月	日

健康保険 被保険者(本人) 埋葬料(費) 請求書
 被扶養者(家族)

請求者が記入するところ	記号	2	番号	123456	被保険者氏名	健保 太郎		
	事業所名	××××(株)			勤務地	本社		
	死亡者氏名	健保 太郎			死亡者の生年月日	S・H・R 52年9月10日生		
	死亡の年月日	令和 1年5月15日			被保険者と請求者との身分関係	妻		
	死亡の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 病死及び自然死 <input type="checkbox"/> 不慮の外因死 <input type="checkbox"/> その他及び不詳の外因死						
	第三者行為による死亡ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	第三者行為による死亡の場合		<input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から埋葬料(費)の補償がない (第三者から埋葬料(費)の補償がある場合は健康保険組合への埋葬料(費)請求はできません)			
	請求者は被保険者に生計維持(注1)されていましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合埋葬を行った年月日及び埋葬に要した費用の額(注2)		年	月	日	円
	注1:被保険者に生活の一部でも維持されていたら、被扶養者でない遺族や他人でも「はい」に✓を入れる 注2:葬儀代、霊柩車代、霊前供物代、僧侶への謝礼などで、飲食代・香典返しは含まない							
	申請日 令和 1年 5月 28日							
	請求者氏名 健保 花子 住所 ☎ △△△△ - △△△ - △△△△ 千 ○○○ - ○○○○ 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号 印							

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	健保 太郎	死亡した者	被保険者	死亡した年月日	令和 1年 5月 15日
	上の通り相違ないことを証明いたします。 令和 1年 5月 31日					
	事業所所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号				
	事業主名称	××××(株) 印				
事業主氏名	△△ △△					

《添付書類》

【被保険者死亡の場合】

- 被保険者により生計維持されており、被扶養者であった方による請求
 - ①死亡診断書あるいは埋葬許可書等の写し、及び請求者の通帳写し
- 被保険者により生計が維持されていたが、被扶養者でなかった方による請求
 - ①死亡診断書あるいは埋葬許可書等の写し、及び請求者の通帳写し
 - ②死亡された方の戸籍謄本
 - ③請求者の運転免許証あるいは健康保険者証の写し
- 被保険者によって生計を維持されていない親族や友人等の請求
 - ①死亡診断書あるいは埋葬許可書等の写し、及び請求者の通帳写し
 - ②請求者の運転免許証あるいは健康保険者証の写し
 - ③埋葬に要した費用の金額に関する証拠書類

【被扶養者死亡の場合】

- 死亡診断書あるいは埋葬許可書等の写し

受付日付印