

						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) 被扶養者(家族) 埋葬料(費) 請求書

請求者が記入するところ	記号		番号		被保険者氏名	
	事業所名				勤務地	
	死亡者氏名				死亡者の生年月日	S・H・R 年 月 日生
	死亡の年月日	年 月 日			被保険者と請求者との身分関係	
	死亡の原因	<input 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 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 <small>(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)</small>		
	請求者は被保険者に生計維持(注1)されていましたか	<input 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 年 月 日					
請求者氏名 住所 〒 _____ ☎ _____						
(印)						

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	年 月 日
	上の通り相違ないことを証明いたします。					年 月 日
	事業所所在地					
	事業主名称					
事業主氏名 (印)						

《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