

健康保険組合

被保険者
家 族

埋葬料（費）・家族埋葬料付加金 請求書

被保険者番号		※被保険者（請求者）氏名 (フリガナ)		住 所	
				〒 屋間連絡先 TEL() -	
死 亡 年 月 日		年 月 日		死 亡 の 原 因	
被扶養者が 死亡した時	氏 名	(フリガナ)		被 保 険 者 と の 続 柄	11：夫 12：妻 21：長男 22：二男 23：三男 31：長女 32：二女 33：三女 51：父 52：母 その他()
	生 年 月 日	年 月 日生			
被保険者が 死亡した時	氏 名	(フリガナ)		被 保 険 者 と 請 求 者 と の 続 柄	11：夫 12：妻 21：長男 22：二男 23：三男 31：長女 32：二女 33：三女 51：父 52：母 その他()
	埋 葬 し た 年 月 日	年 月 日			
	埋 葬 に 要 し た 費 用 (埋 葬 費 の 時)	円			
	被 保 険 者 に 生 計 維 持 関 係 が あ り ま し た か	1. はい 2. いいえ			
/				業 務 災 害 又 は 通 勤 災 害 に よ る も の で す か	1. いいえ 2. はい
				第 三 者 の 行 為 (交 通 事 故 等) に よ る も の で す か	1. いいえ 2. はい

【被保険者が死亡したときは、請求者の振込先を記入して下さい】

金 融 機 関 コ ー ド	支 店 コ ー ド	金 融 機 関 名	支 店 名
預 金 種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 (カ タ カ ナ)	
1 普 通 2 当 座			

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 市区町村長の埋火葬許可証「写」、死亡診断書「写」、死体検案書又は検視調書「写」、戸籍謄本「写」のいずれか
	<被保険者により生計を維持していた者がいないため、埋葬を行った者が請求するとき> <input type="checkbox"/> 埋葬に要した費用の領収書及び内訳書「原本」

処 理 欄	受 付	審 査	[1次]	[2次]	処 理