

支給決定	決定伺い	令和 年 月 日	支給額								常務理事
	資格	取得	年 月 日	該当条文	法第100条第1項					事務長	
		喪失	年 月 日		法第100条第2項、法第105条						
	標準報酬月額		千円		請求者の被扶養者としての資格		有 ・ 無			課長	
備考										担当者	

健康保険 被保険者埋葬料(費) 請求書

請求者の記入欄	振込先	①静岡 ②スルガ ③みずほ ④その他()		銀行	支店	普通 当座	(あなた自身の)	カタカナ 口座氏名 口座番号
	① 請求者	氏名				印	② 死亡した被保険者との続柄	
		住所・連絡先	〒 —					
	③ 被保険者証の	記号	番号	④ 事業所の名称				
	⑤ 死亡した被保険者の氏名					⑥ 死亡した被保険者の標準報酬月額	千円	
	⑦ 死亡した日	年 月 日		⑧ 死亡の原因(傷病名)				
	⑨ 埋葬を行った年月日	年 月 日		⑩ 埋葬に要した費用の総額		円		
⑪ 死亡が第三者の行為によるものであるときは、その事実、並びに第三者の住所・氏名					「第三者の行為による傷病届」を添付してください。			
事業主の死亡証明	上記の者は、 年 月 日死亡したことを証明します 年 月 日 住 所 事業主 氏 名 印							

備考	
----	--

受 付 印

※ 請求及び記入上の注意

1 請求者の記入欄について

- ① 請求者が被保険者の生前、その者によって生計を維持していた事実がない場合は、埋葬費となりますので、⑩欄の費用を立証する領収書類を(葬具代、供物代、霊きゅう車代、火葬代、お布施等)を添付してください。
埋葬料の場合には⑩欄の記入、前記書類の添付を必要としません。
- ② 死亡証明は、事業主証明にかえて市区町村長の埋(火)葬許可証の写死亡診断書等でも構いません。
- ③ 死亡の原因が他人の行為によって生じたものであるときは、まず、健保組合に連絡してください。
健保組合から「第三者の行為による傷病届」を送付しますので、相手方の氏名、保険会社等を記入して、この請求書に添付してください。
- ④ 訂正したところは必ず訂正印を押してください。