

# 被保険者 家族 埋葬料（費）請求書

健康保険証の 記号・番号	記号		事業所の名称			
	番号					
死亡の年月日	平成 令和	年 年 日	死亡の原因			
第三者の行為によって死亡した場合にはその事実並びに第三者の住所及び氏名（住所及び氏名が不詳であるときはその旨）						
被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄
	亡くなられた家族が、退職等により健康保険の被保険者資格喪失後に被扶養者として認定された方で次に該当する場合は、被保険者として加入していた保険者名と記号・番号をご記入ください。					
	①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき			保 険 者 名		
	②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき			記号		番号
③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき						
被保険者の氏名		死亡した被保険者の生年月日	昭和 平成	年 月 日		
亡くなられた方が、退職等により健康保険の被保険者資格喪失後、家族の被扶養者となっておられ次に該当する場合は、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号をご記入ください。						
①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき			保 険 者 名			
②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき			記号		番号	
③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき						
埋葬費を請求するとき	埋葬を行った年月日	平成 令和	年 月 日		埋葬に要した費用(注2)	円
支払金融機関 (給付金の受取を代理人に委任する場合は委任状も記入)	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カカナ)	
			普通 当座			
委 任 状	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。				
			令和 年 月 日			
			被保険者氏名			
受取代理人 (口座名義人)	住所					
	TEL(日中連絡先)					
	氏名			被保険者との続柄		
被保険者証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。						
備考欄	(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。)					
<input type="checkbox"/> 上記記載内容に誤りがないことを確認の上、請求します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>カネカ健康保険組合理事長 殿</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>郵便番号</p> <p>住 所</p> <p>被 保 険 者 (請求者)の 氏 名</p> <p>電 話 番 号</p> <p style="font-size: small;">請求者と死亡した被保険者との続柄又は身分関係</p> </div> </div>						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します(委任する場合は ✓ )。						
事 業 主 が 証 明 す る 欄	死亡した方の氏名	死亡した方		死亡した年月日		
			被保険者・被扶養者		平成・令和 年 月 日死亡	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 所在地 事業所 名 称 事業主氏名 電 話 番 号					

注1)事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類(死亡診断書・埋葬許可証等のコピー)を添付してください。

注2)埋葬費請求の場合は、埋葬に要した費用の領収書を添付してください。

注3)埋葬料を被扶養者以外の方が請求する場合は、生計維持を確認できる書類(住民票等)を添付してください。