

健康保険被保険者家族埋葬料（費）請求書

被 保 険 者 請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等	記 号	番 号	被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名 と 印	印		
	事 業 所 の 名 称			事業所の所在地			
	被 保 険 者 (請 求 者) の 住 所	〒 -			電話番号 ()		
	死 亡 年 月 日	令 和	年	月	日	死亡原因	第三者行為によるものですか 0 : いいえ 1 : はい
	※被扶養者が死亡したための請求であるとき						
	被扶養者氏名			被扶養者 生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	被 保 険 者 と の 続 柄						
	受 領 委 任 (チェック 必 須) ☐ 在職中の給付金は事業主経由で受領します。 ☐ 本請求書の提出を事業主に依頼します。						
	亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当しますか。			は い ・ い い え			
	① 資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき			※上記はいの場合、扶養認定直前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入			
② 資格喪失後、傷病・出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき			(保険者名)				
③ 資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき			(記号) 番号)				
※被保険者が死亡したための請求であるとき							
被保険者氏名			被保険者 生年月日	昭・平・令 年 月 日			
被保険者と請求者との身分関係							
埋葬した年月日		令 和	年	月	日	埋葬に要した費用の額 (埋葬費の請求の場合記入してください)	円

事 業 主 が 証 明 す る 欄	死亡した者の氏 名	死 亡 し た 者 0 : 被保険者 1 : 被扶養者	死 亡 年 月 日	令 和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令 和 年 月 日						
	事業所所在地						
	事業所の名称						
	事業主の氏名 印 電話番号 ()						

【当健康保険組合を資格喪失した方・被保険者死亡のため遺族が申請する場合】下記振込先をご記入ください。

支 払 金 融 機 関	金 融 機 関 名	店 名	口 座 種 別	1・普通	2・当座
	銀行	本店	口 座 番 号		
	金庫		フリカナ		
	農協	支店	口 座 名 義		

令和 年 月 日提出

受付日付印

(記入上の注意)

- ◎任意継続被保険者の方が請求する場合には、事業主が証明する欄は記入の必要がありません。
- ◎第三者の行為による場合は、「第三者の行為による傷病届」を添付して下さい。
- ◎被保険者が死亡したための請求の場合には、支払金融機関の欄を記入して下さい。

死亡診断書のコピーを添付してください。

※被保険者死亡の場合、被扶養者以外の方が請求する場合は、別途添付書類が必要となりますので、業務課までご連絡ください。

東京紙商健康保険組合 業務課 電話03-3666-2522

◎振込先の金融機関の口座(資格喪失後に請求する方のみ、記入して下さい。)

金 融 機 関 名	店 名	口 座 種 別	1. 普通	2. 当座
銀 行 信 託 銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協	本 店	口 座 番 号		
	支 店	口 座 名 義	(フリガナ)	
	出 張 所			

(郵便局の取扱いはできません。)

◎委任欄(被保険者又は請求者以外の名義の口座に振込みを希望される場合に、記入してください。)

本請求にかかる給付金の受領を	代理人	印	に委任します。
令和	年	月	日
被 保 険 者 (請 求 者)			印