健康保険　埋葬料請求書

届出	令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者等		氏名		所属事業所	TEL（　　）　－　　（内線　　－　　）
	記号	番号				
			生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	現住所	〒　　－　　TEL（　　）　－

● 被保険者死亡の場合は、上記「被保険者」欄に加え下記「請求者」欄も記入してください。

請求者	氏名	印	被保険者との続柄		現住所	〒　　－　　TEL（　　）　－

死亡者	氏名	被保険者との続柄	生年月日	死亡年月日	死亡原因（傷病名）
	フリガナ		昭和 平成 令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日	

被保険者が死亡し、被扶養者以外の者が埋葬を行ったとき	埋葬を行った者の氏名		埋葬を行った日	令和　　年　　月　　日	埋葬費用	（別添領収書のとおり）円
第三者の行為によるときは、その者の住所・氏名とその概要						

死亡の証明	……は、令和　　年　　月　　日に死亡したことを証明します。　令和　　年　　月　　日
証明者　市町村長 医師 事業主	住所 氏名　　印

支給額						
	被保険者（埋葬料・埋葬費）					円
	被扶養者（家族埋葬料）					円

被保険者確認欄	□	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。　② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

健保組合	伺			決定年月日	給付入力
	常務理事	事務長	担当	年　月　日	

（注意事項）

- 死亡者が家族の場合は、本請求とは別に、被扶養者異動届（保険証を添付）を事業所を経由し提出してください。
- 証明者が市町村長のとき以外は、証明印は不要です。
- 本請求は、直接健康保険組合へ提出してください。

受付印

中国電力健康保険組合