

健康保険 埋葬料請求書

下記のとおり申請します。なお、給付金の受領を、事業主（中国電力㈱または中国電力ネットワーク㈱）に委任します。

| | | | | | | | |
|------------------|-----------|-----|----------|----------------|-------------------|---------------|--|
| 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 年 月 日 平成 | 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 年 月 日 平成 令和 | 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 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 市町村長 証明者 医 師 事 業 主 |は、令和 年 月 日に死亡したこと を証明します。 令和 年 月 日 | | | | | 支 給 額 | 被 保 険 者 (埋葬料・埋葬費) | | | | | 円 |
| | 住 所 氏 名 | 印 | | | | | 被 扶 養 者 (家族埋葬料) | | | | | 円 |

| | | |
|---------------------|--------------------------|--|
| 被保険者 確認欄 | <input type="checkbox"/> | 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。
- 証明者が市町村長るとき以外は、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