

受付年月日	令和	年	月	日
伺年月日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当	
資格取得	昭・平・令	年	月 日
資格喪失	令和	年	月 日
支払年月日	令和	年	月 日

支給額	円
埋葬料	円
埋葬料付加金	円
埋葬費	円
埋葬費付加金	円

被保険者(家) 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

(注意事項)

ア、表題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲むこと。
イ、①欄は、健康保険の被保険者証を、⑤の③欄は事業主から交付された死亡時の「賃金支払内訳票」などを見て記載すること。
ウ、被保険者が死亡したための請求であるときは、⑤の⑦から⑩までの各欄に「該当せず」とし、その他の欄は漏れなく記載すること。
エ、⑤の④と⑤の欄は、「該当せず」とし、その他の者が請求(この場合は標題の「料」の文字を抹消すること)する場合は必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること)を添えること。なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

① 被保険者証の記号・番号	201 77777	② 被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の名称	カヤバ株式会社
③ 死亡した年月日	令和 5 年 10 月 20 日	④ 死亡原因	岐阜県可児市土田 2548 番地 心筋梗塞
⑤ 被保険者が死亡したためとの請求であるときの請求額	⑦ 氏名 被保険者の(最後の)標準報酬月額 千円	⑧ 埋葬した年月日	⑨ 埋葬に要した費用 死亡した者の被請求者との関係
⑥ 被扶養者が死亡したためとの請求額	⑦ 氏名 健保 良子	⑩ 生年月日	昭平 40 年 5 月 10 日 被保険者との続柄 妻
⑦ 備考			
⑧ 振込希望の銀行又は郵便局	〔普通 第 号〕 郵便局		
上記のとおり請求します 令和 5 年 10 月 30 日			
請求者の住所氏名 岐阜県可児市土田 888 番地 健保 四郎			
カヤバ健康保険組合理事長 殿 ⑪			

⑫ 請求金額の受領を下記の代理人に委任します。	令和 5 年 10 月 30 日
請求者の住所	岐阜県可児市土田 888 番地
⑬ 住所	健保 四郎
⑭ 氏名	
代理人の住所	
⑮ 住所	
⑯ 氏名	
⑰ 振込希望の銀行又は郵便局	銀行 支店 〔普通 第 号〕 郵便局

⑱ 死亡した者の氏名	⑲ 死亡した者	被保険者・被扶養者
死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		
事業主 ⑳ 住所 ㉑ 氏名		

確認欄 (チェック)	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については 1 又は 2 の要件を満たしたものである。 1. 申請書本人 (被保険者) が作成したものである。 2. 申請者本人の作成ではないが、記載内容については本人に確認してある。
------------	-------------------------------------	--

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

オ、⑦欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときには、その資格喪失年月日を、また死亡のときに死亡の日の三カ月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記載すること。
カ、⑧欄は請求者が直接受領するときに振込希望の銀行又は郵便局を記載すること。
キ、⑩欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込希望銀行名又は郵便局名を記入して下さい。
ク、死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病(死)届」をつくって、この請求書に添付すること。
ケ、(添付書類)
事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検死調査書の写を添付して下さい。