

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・埋葬料付加金請求書

(注意事項)

- 被保険者埋葬料（費）の請求のときは「被保険者資格喪失届」を、家族埋葬料の請求のときは「被扶養者（新規・異動）届」を提出のこと。
- 退職者の場合は、埋火葬許可証（写）か死亡診断書（写）を添付のこと。
- 同居親族以外の者が葬儀を行った場合（埋葬費）は、埋葬に要した詳細な領収書を添付のこと。
- 記載事項を訂正した場合はその箇所に押印のこと。

被保険者	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	生年月日 昭和 平成 年 月 日
	事業所名	被保険者の個人番号 (記号番号記入の場合は不要)			
請求者が記入するところ	死亡年月日	平成 令和 年 月 日	死亡した原因 (病名)		
	第三者の行為によるものですか	はい いいえ	第三者の行為により死亡したとき	事故の状況	加害者氏名 住所
請求者が記入するところ	被保険者が死亡したとき	被保険者氏名	埋葬した日	平成 令和 年 月 日	被保険者に対する請求者の続柄 埋葬に要した費用
	亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき 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 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				
	※①「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。				
			保険者名		
				記号・番号	
請求者が記入するところ	被扶養者が死亡したとき	被扶養者氏名	生年月日		被保険者との続柄
	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することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき 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 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				
	※①「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。				
			保険者名		
				記号・番号	
事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	死亡年月日		平成 令和 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日				
			事業所名称		
				事業主氏名	㊞

三重県農協健康保険組合 御中 上記給付金を申請いたします。 (〒 -) 住所 _____ 被保険者 (請求者) 氏名 _____ ㊞ 銀行 支店 普通 当座	年 月 日 受 付 口座番号※ _____ 振込先口座名 (カタカナ) _____
【振込先口座】 農協 本店 普通 当座 銀行 支店	
※口座番号は右詰で正確に記入してください。	