

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」を提出すること。
○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訂正印を押印のこと。

被保険者	被保険者証 記号・番号	記号	999	番号	100	被保険者氏名	健保 太郎	生年月日	昭和 平成 50年10月30日	
	事業所名	三重県農業協同組合			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 28年10月12日				死亡した原因 (病名)	心不全			
	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				
	被保険者が死亡したとき	被保険者氏名					被保険者に対する請求者の続柄			
		埋葬した日	平成 年 月 日	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								はい ・ いいえ ※①	
	※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				
	被扶養者が死亡したとき	被扶養者氏名	健保 太蔵				生年月日	昭和 平成 23年6月9日		
							被保険者との続柄	父		
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								はい ・ いいえ ※②		
※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					

死亡した者の氏名	健保 太蔵	死亡年月日	平成 28年10月12日
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 28年10月30日			
事業所名称		三重県農業協同組合	
事業主氏名		代表理事組合長 三重 太郎 印	

三重県農協健康保険組合	御中	平成 28年11月15日
上記給付金を申請いたします。 (〒 514 - 1234)		
住所		津市栄町1番地
被保険者 (請求者)	氏名	健保 太郎 健保
【振込先口座】		
三重県	津	農協 本店 普通 当座
銀行		
口座番号※		0 1 2 3 4 5 6
振込先口座名 (カタカナ)		ケンポ タロウ
※口座番号は右詰でご記入ください。		