

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書
被扶養者

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 (申 請 者) の ご 記 入 欄	被保険者		被保険者(申請者)の氏名		事業所名		
	記号	番号					
	1000	××××	神商 太郎		神鋼商事株式会社		
	被保険者(申請者)の住所	〒 530-0000 大阪府大阪市北区00町0-0			日中連絡の取れる電話番号	090-0000-0000	
	死亡した年月日	令和 0 年 0 月 0 日	死亡原因	脳梗塞		第三者の行為によるものですか 1. はい 2. いいえ	
	【被扶養者が死亡したための申請であるとき】						
	被扶養者	氏名	(フリガナ) シンショウ ハナコ 神商 花子	昭・平 40 年 12 月 1 日 令	被保険者との続柄	妻	
	【被保険者が死亡したための申請であるとき】						
	被保険者	氏名	(フリガナ)	被保険者からみた申請者との身分関係			
	埋葬した年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用	円 ※埋葬費を申請する場合のみご記入ください			
	亡くなられた方は、退職等により神鋼商事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、または退職等により健康保険の資格喪失後に神鋼商事健康保険組合の被扶養者の認定を受けた方である場合にご記入ください。下記に該当する場合は、1. はいを該当しない場合は、2. いいえ を選択ください。						
	① 資格喪失後、3カ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カ月以内に亡くなられたとき				1. はい 2. いいえ		
	「はい」とお答えの場合、被扶養者の場合は、被扶養者の認定前に被保険者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を被保険者の場合は、被保険者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	
振込先銀行	銀行名		支店名			種別	1.普通 2. 当座
	口座番号		口座名義			フリガナ	
神鋼商事健康保険組合理事長 殿 上記のとおり申請します。 令和 0 年 0 月 0 日 住所 〒 530-0000 大阪府大阪市北区00町0-0 申請者 氏名 神商 太郎							
印							

事業主が証明する欄	死亡した方の氏名		被保険者・被扶養者	死亡年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 住所 事業主 名称				
	印				

- 【添付書類等】
- 市区町村長発行の埋葬許可証または火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書のいずれか一通の写しを添付してください。
 - 上記の書類が添付できない場合は、事業主の証明でかわりとすることができます。
 - 埋葬費の申請をされる場合は、埋葬に要した費用の領収書を添付してください。

受付印

