

埋葬料 (費) 支給決定伺
 埋葬料 (費) 附加金

組合が記入するところ	常務理事	事務長	資格	取得	昭和	年	月	日
				喪失	平成	年	月	日
	担当者	被扶養者	支払金額	本人	法定給付	円	附加給付	円
				家族				
	死亡日	平成	年	月	日	等級	級	標準報酬月額

健康保険 被保険者 埋葬料 (費) 請求書
 家族 埋葬料 (費) 附加金

平成 年 月 日 (健則第59、60条) 職階 事業所名

請求者の記入するところ	①被保険者証の記号と番号	記号	番号	②請求者の氏名と印	判	印	
	③請求者の現住所						
	④被保険者の勤務していた又は勤務する事業所の名称						
	⑤死亡した年月日	平成	年	月	日	⑥死亡した原因	
	⑦ 被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の						
	イ氏名		ロ埋葬を行なった年月日	平成	年	月	日
	ハ埋葬に要した費用の額	金	円	(別紙証拠書のとおり)			
	ニ 被保険者の(最後の)標準報酬月額	千円	ホ 死亡した被保険者と請求者との続柄				
	ヘ 死亡が第三者の行為によるものであるときはその事実、第三者の住所・氏名(不詳であるときはその旨)						
	⑧ 被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の						
イ氏名		ロ生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	
ハ被保険者との続柄							
上記のとおり請求します。 大垣共立銀行健康保険組合 御中							
振込希望の支店名			口座No.				

死事 亡業 に主 関の す証 る明	⑨死亡した者の氏名		⑩死亡した年月日	平成	年	月	日	死亡
	上記のとおり(被保険者・被扶養者)が死亡したことに相違ないことを証明します。							
	平成	年	月	日	住所		氏名	
印								

添付書類

- ◎ 被保険者証(ただし被保険者の死亡のときに限る。)
- ◎ 市区町村長の埋(火)葬許可書か死亡診断書の写又は被保険者の死亡に関する事業主の証明。
- ◎ 埋葬に要した費用の証拠書(ただし死亡した被保険者に被扶養者がなく他の者が実際に埋葬を行なった場合に限る。)