

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		
支給内訳	埋葬料	円	
	埋葬料付加金	円	
	埋葬費	円	
	埋葬費付加金	円	

支給支払決議書			
常務理事	事務長		担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者
家族
埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

①被保険者等 記号・番号			②被保険者の勤務していた又は勤務している事業所の 名称 所在地		
③死亡した年月日	年 月 日		④死亡原因		
⑤被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の	(ア) 氏名		(イ) 埋葬した年月日	年 月 日	(ウ) 埋葬に要した費用 金 円
	(エ) 被保険者の(最後の)標準報酬月額 千円		(オ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係		
⑥被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の	(ア) 氏名		(イ) 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	(ウ) 被保険者との続柄	
⑦老人保健法の医療を受けていたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関名
⑧備考					
⑨振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 当座) 口座番号)				
上記の通り請求します。					
年 月 日 届出 千 -					
⑩ 住所					
ニチバン健康保険組合 理事長殿 請求者の					
⑪ 氏名 ⑪ 印					

⑬ 委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。			
	年 月 日	請求した	被保険者 家族 埋葬料(費)	被保険者 家族 埋葬料(費)付加金のうち	
	金、 円	也の受領に関すること			
	年 月 日	千 -			
		⑭ 住所			
		請求者の			
		⑮ 氏名	⑯ 印		
		千 -			
		⑰ 住所			
		代理人の			
		⑱ 氏名	⑲ 印		
⑳振込希望の銀行		銀行 支店 (普通 当座))			

事業主の証明	㉑死亡した者の氏名	健保 花子	㉒死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡	
	上記の通り相違ないことを証明します。			
	年 月 日	千 -		
		事業主 ㉓ 住所		
		㉔ 氏名	㉕ 印	



【注意事項】

- ア. 標題の「被保険者」、「家族」は、いずれか該当を○で囲むこと。
- イ. ①欄は健康保険の資格情報を⑤の(エ)欄は事業主から交付された死亡当時の「賃金支払い内訳票」等から記載する。
- ウ. 被保険者が死亡したための請求であるときは⑥の(ア)と(イ)、(ウ)の各欄に又、被扶養者が死亡したための請求であるときは⑤の(ア)から(オ)の各欄に「該当せず」とし、その他の欄はもれなく記入する。
- エ. ⑤の(イ)と(ウ)の欄は死亡した被保険者の被扶養者で埋葬をおこなうものが請求する場合、又その他の者が請求する場合(標題の「料」の文字を抹消)、記載した埋葬に要した費用の領収書(費用内訳 品名、数量、単価、金額が明記してある)を添える。
- オ. ⑧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、また死亡のときが死亡の日の三か月前まで健康保険で療養を受けていたときの傷病名、健康保険による療養の開始日等を記載する。
- カ. ⑨欄は請求者が直接受領するときに振込希望の銀行名を記入してください。
- キ. ⑫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を記入してください。
- 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届」をこの請求書に添付してください。

(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、検視調書の写を添付して下さい。