

健康保険 被保険者 家族	決済年月日	支給予定年月日	資格取得年月日	資格喪失年月日	受付整理No.			
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日				
	法定給付	円	埋葬料・埋葬費の別	常務理事	事務長	係員	係員	
	付加給付	円	埋葬料・埋葬費					
合計	円							



健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）請求書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被保険者（本人）が亡くなられた場合は、請求者（遺族等）がご記入ください。 被扶養者（家族）が亡くなられた場合は、被保険者（本人）がご記入してください。							
	健康保険証等の 記号・番号	—		会社箇所名	—			
				勤務先電話	—			
	被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
	被扶養者（家族） が死亡した場合	被扶養者 氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日 続柄
	被保険者（本人） が死亡した場合	請求者 氏名	(フリガナ)	被保険者と請求者 の続柄または関係				
	死亡年月日	令和	年	月	日	「業務中」や「他人による行為」に よるものですか？		はい ・ いいえ
	死亡原因			資格喪失後（または資格取得後）3ヵ月以内の死亡の場合は記入 現在（従前）加入の保険組合名 記号・番号				
	被保険者（請求者） 名義の振込先口座	銀行	支店	普通 当座	口座番号：	カタカナ 口座名義：		
		ゆうちょ銀行をご希望の場合は、 通帳右上記載の記号と番号もご記入ください		記号：	番号：			
添 付 書 類	●共通事項 ・事業主欄に事業主の証明を受けてください。 ・事業主の証明を受けられない場合（任意継続被保険者等）は、以下書類のいずれかを添付してください。 （「埋葬許可証」「火葬許可証」「死亡診断書」「死体検案書」の写し、「除籍謄本（抄本）」の原本）							
	●被保険者が亡くなった場合で、請求者が当健康保険組合の被扶養者ではなかった場合 <input type="checkbox"/> 被保険者との生計維持関係が何らかの形であった場合は、確認できる書類を添付してください 同居していた…「住民票」（亡くなった被保険者と請求者の氏名が記載されているもの） 別居していた…定期的な仕送りの事実がわかる預金通帳や現金書留のコピー または、亡くなった被保険者が請求者の公共料金等を支払っていたことがわかる領収書など。							
	<input type="checkbox"/> 被保険者との生計維持関係がなかった場合 「領収書の原本」 ・「請求者＝支払った方」のフルネームが記載されていること ・「埋葬に要した費用であることが判別可能な」但し書きが記載されていること				埋葬に 要した費用	円		
請 求 者			埋葬した 年月日（和暦）	年 月 日				
	近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿 上記のとおり、埋葬料（費）を請求します。 令和 年 月 日 〒 — 連絡先（携帯）TEL — — 住所 被保険者（請求者）署名							
事 業 主 証 明 欄	死亡した者の氏名			被保険者・被扶養者の別	死亡年月日（和暦）			
				被保険者	被扶養者	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 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 — —							

※ 被保険者証等の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄 →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。