

埋葬料(費)請求書

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、埋葬料(費)を請求します。

		請求日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
被保険者証の 記号・番号	記号 9	番号 99999	個人番号(12桁)	左欄に「記号・番号」を記入の場合は不要
被保険者 (亡くなった方)の 氏名	九工 太郎		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
死亡年月日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	埋葬日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
死亡原因	心不全のため		第三者の行為によるものである <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、『第三者による傷病届』を提出してください。	
請求者氏名	九工 花子		被保険者との 関係・続柄	妻 被保険者の扶養家族であった <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
住所 電話番号	〒(815 - 0081) 福岡市南区那の川○丁目○番○号		日中に連絡可能な電話番号 (000 - 0000 - 0000)	
給付金請求額	※請求額 ・請求者が被保険者の扶養家族であった、または生計維持関係にあった場合 「埋葬料」として一律50,000円 ・請求者が被保険者との間に生計維持関係がなかった場合 「埋葬費」として、上限50,000円の範囲内で実際に埋葬に要した費用。 50,000 円			
給付金の 受取方法 いずれかを 選択して記入	<input type="checkbox"/> 事業所に委任する (会社名) 本請求に基づく給付金の受取りを _____ に委任する 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 請求者 自筆署名			
	<input checked="" type="checkbox"/> 請求者名義の金融機関口座への送金を希望する			
	金融 機関名	●●銀行	金融機関コード 9 8 7 6	支店名 ■支店 支店コード 9 8 7
	種別 口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(右詰めで記入) 1 2 3 4 5 6 7	名義 (フリガナ) キュウコウ ハナコ 九工 花子

※ 提出前に記入および添付書類の不備がないようにご確認ください。

【添付書類】

- 死亡年月日が確認できる書類
死亡診断書、埋火葬許可証のコピー
- 請求者への送金を希望する場合
通帳(名義、店名、口座番号が記載されたページ)のコピー
- ※生計維持関係になかった方が請求する場合
上記の書類に加えて、
埋葬に要した費用の領収書および明細書

事業所担当者名・受付日の記入、または押印	
受付日: 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	担当者名 または 担当者日付印
社会保険労務士 確認欄	
必要に応じて、社会保険労務士 記載	

健保組合 担当

健保組合 受付印
