

# 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	番号	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			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日		
				<input type="checkbox"/> 平成					
死亡年月日	令和	年	月	日	埋葬日	令和	年	月	日
死亡原因	第三者の行為によるものである <input type="checkbox"/> はい <input 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			被保険者との 関係・続柄	被保険者の扶養家族であった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
住所 電話番号	〒( - )		日中に連絡可能な電話番号 ( - - )						
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。 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 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			金融機関コード	支店名	支店コード				
種別 口座番号	<input type="checkbox"/> 普通	口座番号(右詰めで記入)		名義	(フリガナ)				
	<input type="checkbox"/> 当座								

※ 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	
社会保険労務士 確認欄	

健保組合 担当

健保組合 受付印