

<b>支給決定額</b>

健康保険組合				事業主（本社総務）		
常務理事	事務長	主任	担当			

資格取得(認定)日	昭和・平成・令和	年	月	日
資格喪失(消滅)日	昭和・平成・令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日

健康保険 被保険者 被扶養者 **埋葬料・埋葬費請求書**

\*太枠線内を記入してください

提出日	令和 4 年 4 月 15 日	本人家族区分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
被保険者証の記号・番号	2 0 8 1 2 3 4 5 6	請求者の氏名	④ 物流 花子	
被保険者の事業所の名称	ロジスティード(株)	所属	本社 人事サービスセンター 03-6263-2813	
死亡した年月日	令和 4 年 4 月 6 日	死亡した原因	⑤ 胃がん	
被保険者が死亡したとき	被保険者氏名	物流 太郎	被保険者の身分関係	妻
	埋葬に要した費用	⑥ 円	埋葬した年月日	⑥ 令和 年 月 日
被扶養者が死亡したとき	被扶養者氏名		被保険者との続柄	
	第三者行為に因る死亡ですか? ⑦ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⇒ 「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」をご提出ください			
《委任状》	被扶養者が死亡の場合のみ記入			
振込先金融機関	みずほ 銀行	京橋支店 支店	口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	金融機関コード No 0001	支店コード No 024	口座番号 No 6543210	
フリガナ	ブツリュウ ハナコ 物流 花子			

死亡した者の氏名	物流 太郎	死亡した者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した年月日	令和 4 年 4 月 6 日
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 4 年 4 月 15 日					
所在地	東京都中央区京橋2-9-2				
名称	ロジスティード株式会社				
代表者名	人事サービスセンター センター長 ○○ ○○ TEL 03-6263-2813				
TEL	( )				

受付日付印

【支給要件】

次の場合、この請求書を健康保険組合へ提出してください。

- (a) 被保険者が死亡し、被保険者によって生計を維持されていた家族（被扶養者でなくとも可）が埋葬を行なったとき
- (b) 死亡した被保険者の親族ではない者が埋葬を行なったとき

※(a) = 『埋葬料』 (b) = 『埋葬費』 に該当します。

【支給額】

- (a) 『埋葬料』・・・5万円
- (b) 『埋葬費』・・・実際に埋葬に要した費用（但し上限5万円）

《 記入要領及び記入上の注意事項 》 … 左記帳票の番号と照合してください。

- ① 『被保険者』に✓を付けてください。
- ② 事業所（または健保組合）に提出される日を記入してください。
- ③ 健康保険証をよく確認の上、記入してください。
- ④ 請求者（埋葬を行なった者）の氏名を記入してください。
- ⑤ 死亡診断書の「死亡原因 - (ア)直接死因」に記載されている内容を記入してください。
- ⑥ 上記(b)に該当する場合のみ記入してください。  
対象となるのは  
・ 壺棺代、壺棺車代、火葬（埋葬）料、僧侶への謝礼、葬壇一式料等の実費額（葬儀の際の飲食費を除く）  
※埋葬に要した費用により埋葬費の支給額が決定されますので必ず領収書を添付してください。
- ⑦ 原因が交通事故等、第三者の行為に因るか否か「はい」「いいえ」に✓をつけてください。  
※「はい」と回答された場合は、必ず「第三者行為による傷病届(HP参照)」を添付してください。
- ⑧ 請求者名義の銀行口座へ支給しますので、口座情報を記入してください。
- ⑨ 事業主が該当する者の死亡を証明出来るとき、記入してもらってください。

《 添付書類 》

- 死亡診断書 又は 埋葬許可証の写し
- 振込先口座の通帳またはキャッシュカードの写し（口座番号/口座種別/フリガナ名義がわかる頁）
- 請求者が被扶養者でない場合
  - 権利承継届（健保指定帳票 K-038）
  - 関係を確認できる書類（戸籍謄本・抄本の写し、住民票の写し等）

《 事業所健保担当者の方へのお願い 》

健保組合へ提出される前に…

- ① 本人記入欄（太枠線内）に記入もれや、誤りがないか
  - ② 添付書類は揃っているか
- 以上をご確認頂いた上で、事業所担当者印を押印願います。

注) 左記⑨は死亡の事実を証明出来る場合のみ作成してください。