

被保険者
埋葬料（費）及び同付加金請求書
被扶養者

請求者の記入欄

被保険者証記号番号		被保険者氏名			事業所の名称														
—																			
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不用です)																			
死亡した年月日		死亡原因			埋葬した年月日														
年 月 日					年 月 日														
被扶養者が死亡したための 請求であるとき		被扶養者氏名			生年月日														
					年 月 日														
被保険者が死亡したための 請求であるとき		被保険者氏名			埋葬に要した費用の額														
					円														
上記により請求する。															請求者住所				
年 月 日															氏名				
日本触媒健康保険組合理事長殿															電話番号				

事業主の証明欄

上記のとおり相違ありません。										事業主住所									
年 月 日										名称									
										氏名									

被保険者・事業主の記入欄

委任状																			
日本触媒健康保険組合より支給される給付金の受領に関する一切の権限を 下記の者に委任いたします。 年 月 日 被保険者住所 氏名 上記委任を受任いたします。 被委任者住所 氏名 日本触媒健康保険組合理事長殿															退職後の請求者には 直接銀行振込します。				
															口座名義人（カタカナ）				
															銀行 支店 普通 ・ 当座 口座番号				

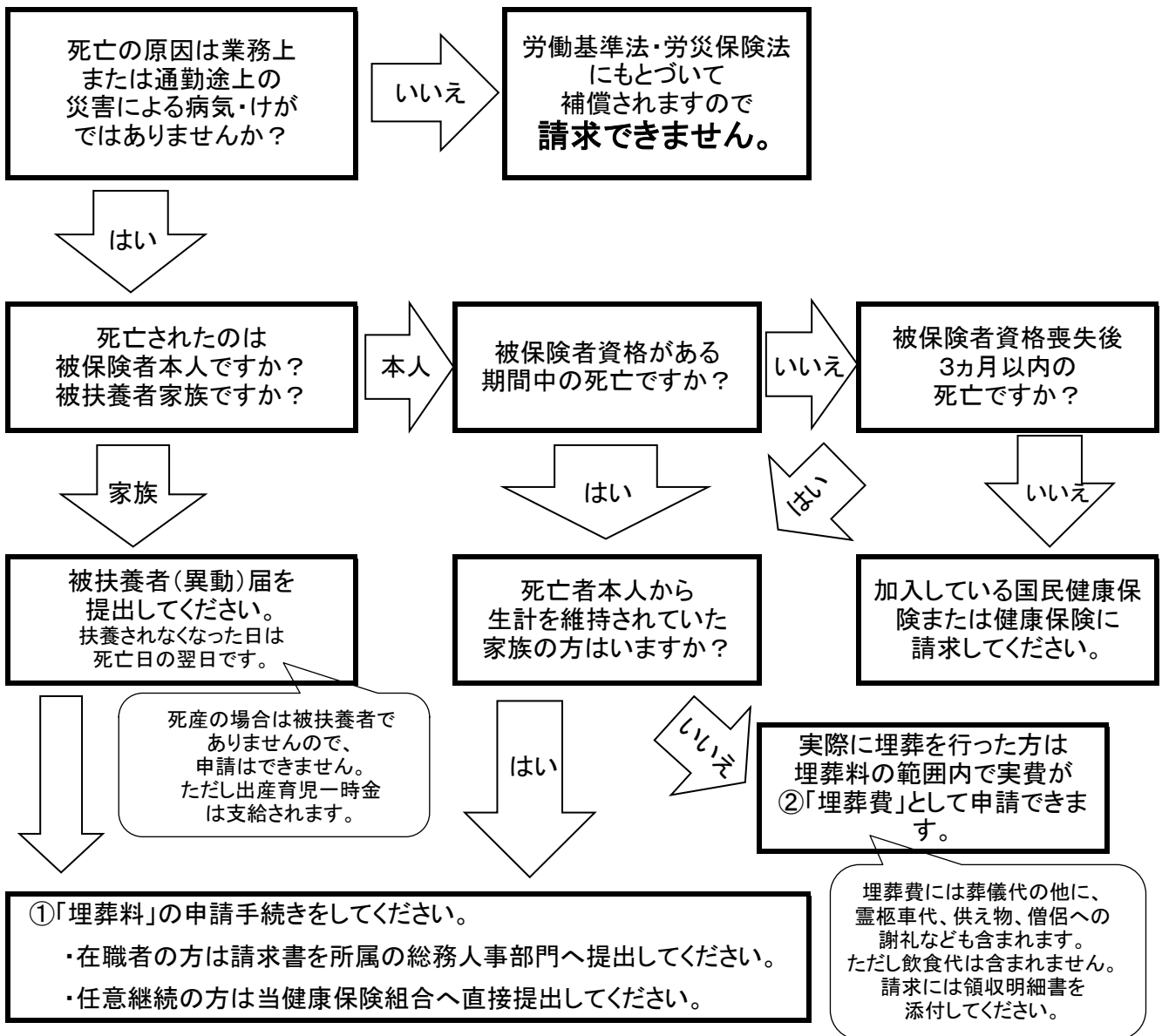
組合の記入欄

資格取得			資格喪失			支給決定		
年 月 日			年 月 日			年 月 日		
支給決定金額								
埋葬料（費）			円			常務理事	事務長	係
付加金			円					
合計			円					

受付印

埋葬料・埋葬費を申請される方へ

1.下記の事項をよくお読みになって申請してください。



2.必要書類

- | | |
|---------|---------------------------------------|
| ①埋葬料の場合 | 埋葬料(費)請求書＋死亡を証明するものの写し(埋葬許可書・死亡診断書など) |
| ②埋葬費の場合 | 上記の書類＋費用の内訳がわかる領収明細書(原本) |

3.注意事項

- ・請求書の締め切りは毎月25日健保着です。
- ・申請された埋葬料(費)は当組合が受付をした翌月に支給しますが、健康保険法にもとづいた審査等のために日数がかかることがあります。
- ・埋葬料を申請できる家族とは、被扶養者である必要はありません。配偶者や同居の親族も含まれます。親族でも別居の兄弟など生計維持関係がない場合は埋葬費となります。

支給の条件、支給額等についての詳細は健保ホームページをご確認ください。