

被保険者  
被扶養者  
埋葬料（費）及び同付加金請求書  
記入見本

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                             |  |
| 1010 — 1234                                               |  | 健保 太郎               |  | 日本触媒 大阪本社                          |  |
| 被保険者のマイナンバー記載欄<br>(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                            |  |
| R5年10月28日                                                 |  | 肺がん                 |  |                                    |  |
| 被扶養者が死亡したための<br>請求であるとき                                   |  | 被扶養者<br>健保          |  |                                    |  |
| 被保険者が死亡の場合で被扶養者でない者が、申請する場合に記入(兄弟、友人など)領収証写し等、金額がわかるものを添付 |  | 被保険者氏名              |  | 埋葬に要した費用の額<br>円                    |  |
| 被扶養者が死亡した場合や<br>被扶養者が請求者の場合は記入不要<br>領収書等も不要               |  | 請求者住所<br>氏名<br>電話番号 |  | 被保険者が死亡の場合は被扶養者<br>または埋葬を行ったものが請求者 |  |

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<br>氏名 |  |

被保険者・事業主の記入欄

|                                                                                                                                                                              |  |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|
| 委任状<br>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<br>下記の者に委任いたします。<br>R5年12月10日<br>被保険者住所 大阪市中央区〇〇<br>氏名 健保 太郎<br>上記委任を受任いたします<br>被保険者が請求の場合、本人が記入<br>被保険者以外が請求の場合は記入不要<br>どちらも事業主へ提出 |  | 退職後の請求者には<br>直接銀行振込します。<br>口座名義人(カタカナ)<br>銀行<br>支店<br>普通 ・ 当座<br>口座番号 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|

組合の記入欄

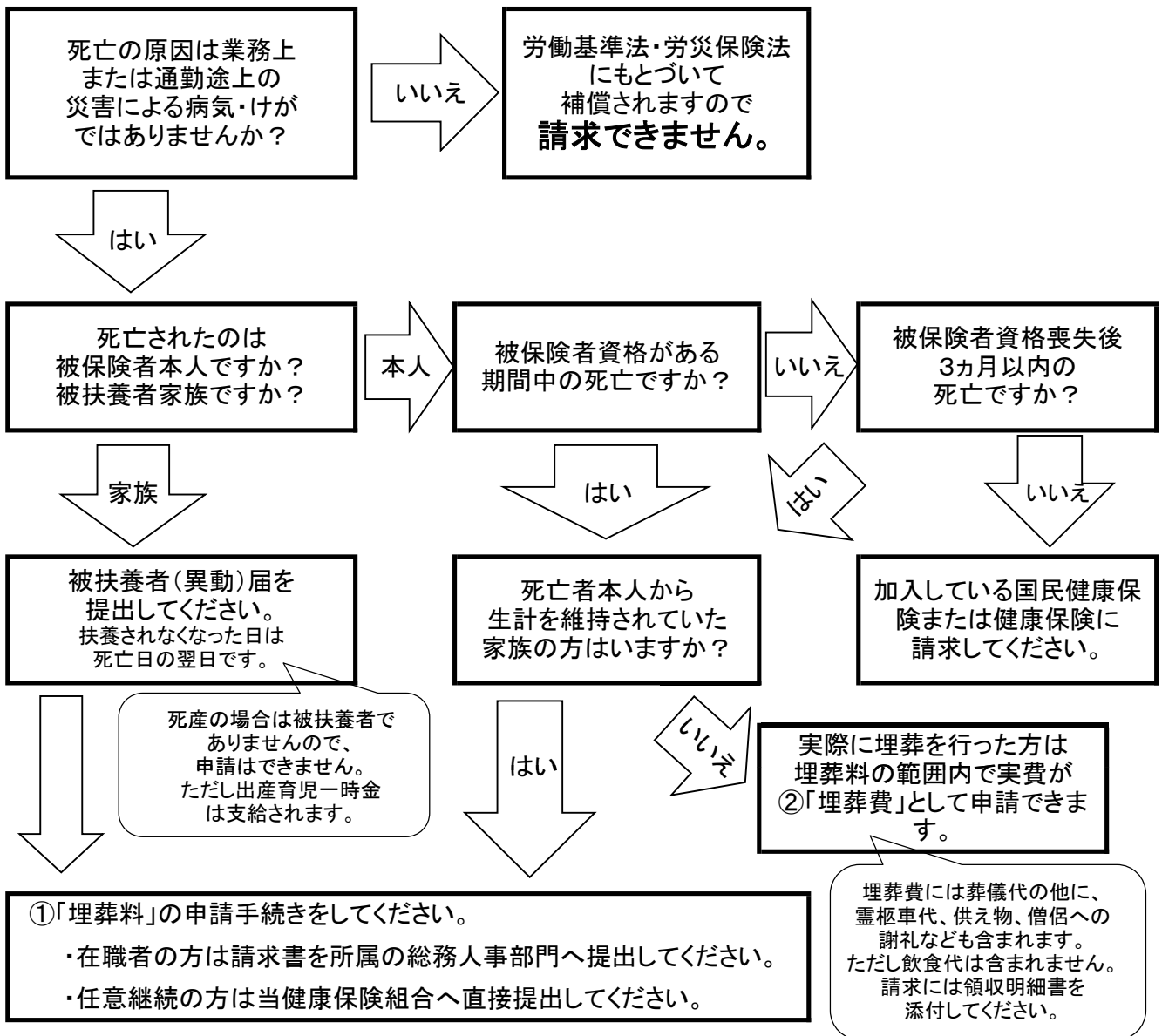
|        |  |       |  |      |     |
|--------|--|-------|--|------|-----|
| 資格取得   |  | 資格喪失  |  | 支給決定 |     |
| 年 月 日  |  | 年 月 日 |  | 年 月  |     |
| 支給決定金額 |  |       |  |      |     |
| 埋葬料(費) |  | 円     |  | 常務理事 | 事務長 |
| 付加金    |  | 円     |  |      |     |
| 合計     |  | 円     |  |      |   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

被保険者が死亡の場合は  
請求者の口座を記入

被扶養者が死亡の場合は  
記入は不要(給与振り込み)

## 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。