

支給決定 何	支給額	円	常務理事	事務長	係長	担当
	埋葬料	円				
	埋葬料付加金	円				
	埋葬費	円	資格取得	昭・平 年 月 日	前資格取得・喪失(-)	
	埋葬費付加金	円	資格喪失	平成 年 月 日	年 月 日	年 月 日
					取得	喪失
	標準報酬月額	千円	備考			

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

大阪機械工具商健康保険組合理事長殿

記入するときは裏面の注意事項をよく読んで誤りのないようにして下さい。

この欄の訂正は被保険者(請求者)の印

被保険者証の記号・番号	-	事業所の名称	
被保険者(請求者)の氏名・印	(被保険者が死亡したときは被保険者氏名:) (印)	被保険者の生年月日	昭和 年 月 日
被保険者(請求者)の住所・電話番号	〒	電話	()
家族が死亡したときはその者の死亡年月日	氏名	生年月日	明大 年 月 日 続柄
死亡年月日	死亡原因(傷病名等)		該当する支給要件はどちらですか(被保険者が死亡した場合)
平成 年 月 日			ア、被保険者期間中の死亡イ、その他
死亡した者の区分	死亡の原因は業務上によるものですか	死亡の原因は第三者行為によるものですか	〔資格喪失後加入している健康保険を下欄に記入して下さい〕
被保険者・被扶養者	いいえ(業務外)	いいえ	〔あなたの被扶養者となる前に加入していた健康保険を下欄に記入して下さい〕
↓	はい(業務上)	はい〔別途「負傷届」を提出して下さい〕	
被保険者と請求者の関係(続柄等の身分関係を具体的に記入して下さい)	被保険者と請求者の間に生計維持関係はありましたか	埋火葬した年月日	埋火葬に要した費用(領収明細書を添付して下さい)
	いいえ(なかった)	平成 年 月 日	円
	はい(あった)		
死亡した者は老人保健法による医療を受けていましたか	市町村番号	受給者番号	発行機関名
いいえ	はい ⇄		
振込先金融機関	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	口座預金種別 普通 貯蓄 当座 別段 預金口座番号 預金口座名義人の氏名 フリガナ

この欄の訂正は事業主の印

死亡した者の氏名	死亡した者は被保険者であったか、被扶養者であったか	死亡した年月日
	被保険者であった ・ 被扶養者であった	平成 年 月 日
うえのとおり相違ありません。		
事業主が証明するところ	事業所所在地	(印)
平成 年 月 日	事業所名称	
	事業主氏名・印	

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日	被保険者(請求者)の住所氏名	(印)
	代理人の氏名・印	被保険者(請求者)との関係	代理人の住所・電話番号等
	(印)	〒	電話 ()

記入するときの注意事項

- ・ 記入するとき、鉛筆は使用しないで下さい。
- ・ 記入もれのないよう注意して下さい。
- ・ 支給決定に際し、別途、必要書類の提出を求める場合があります。
- ・ 被保険者が死亡したときは、
 1. 被保険者の家族(被保険者と生計維持関係があった者で埋火葬を行うべき者)から「埋葬料」を請求することができます。
 2. 埋葬料を請求できる者がいない場合には、実際に埋火葬を行った者からその埋火葬に要した費用の範囲内で「埋葬費」を請求することができます。

《被保険者(請求者)が記入するところ》

- ・ 欄 あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号番号を記入して下さい。
- ・ 欄 印鑑は、はっきりと押して下さい。ただし、被保険者(請求者)が自ら署名する場合は、被保険者(請求者)の押印は不要です。
〔 被保険者埋葬料(費)の請求の場合は、請求者の氏名を記入し、()内に
被保険者であった者の氏名を記入して下さい。 〕
- ・ 欄 郵便物が確実に届くよう、「 方」「 アパート」等まで記入して下さい。
被保険者埋葬料(費)の請求の場合は、請求者の住所を記入して下さい。
- ・ 欄 被扶養者(家族)が死亡した場合のみ記入して下さい。
- ・ 欄 死亡の原因が第三者の行為によるものであるときは、別途「負傷届」等を提出して下さい。(用紙は当組合に備えてあります。)
- ・ 欄 被保険者が死亡の場合のみ記入して下さい。
- ・ 欄 被保険者埋葬費の請求の場合のみ記入して下さい。この場合、埋火葬に要した費用の領収書及び明細書を添付して下さい。

《被保険者(請求者)又は受取代理人が記入するところ》

- ・ 欄 銀行等の預金口座については、希望の銀行等の名称、店名、口座預金種別(該当するものを で囲んで下さい)、預金口座番号、預金口座名義人の氏名を記入して下さい。
ただし、被保険者(請求者)名義のものに限ります。(受領委任をするときは、受取代理人名義のものを記入して下さい。)
- ・ 欄 この給付金の受取りを代理人に委任する場合は「受取代理人の欄」に被保険者(請求者)及び受取代理人それぞれが氏名、住所等を記入し、押印して下さい。
(この欄の委任者及び受取代理人の押印は省略することができません。)

《事業主が証明するところ》

- ・ 死亡の事実について、事業主の証明を受けて下さい。
- ・ 死亡診断書、領収書等の添付書類が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したものを)を添付して下さい。

以上の内容でわからないことがありましたら、当健康保険組合へおたずね下さい。