

# 被保険者・家族(被扶養者) 埋葬料(費) 請求書

この請求書に記載されている個人情報には支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

埋葬料の請求は、死亡した被保険者に生計維持されていた者(例妻)ができません。埋葬料の請求は、埋葬料の請求者がいない場合に請求でき、埋葬に要した請求書と領収書を添付して下さい。業務上の原因、通勤途上の災害による死亡は、埋葬料(費)は支給されません。死亡が第三者によるものであるときは、「第三者の行為による死亡は、埋葬料(費)は支給されません。」を添付して下さい。

請求者が記入するところ	被保険者証	記号					事業所名(または勤務していた事業所名)			
		番号								
	被保険者(請求者)名	フリガナ	氏 名				印	被保険者と請求者との続柄		
	被保険者(請求者)現住所	〒					自宅電話			
							携帯電話			
	死亡した被保険者の氏名 →									
	被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	フリガナ	氏 名				生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生		
	死亡した年月日	平成	年	月	日	死亡の原因(傷病名)				
	埋葬した年月日	平成	年	月	日	埋葬に要した費用	円			
	死亡が第三者の行為によるものですか	ア はい (第三者の氏名と住所 → ) イ いいえ								
老人保健法の医療を受けたとき	市区町村番号					受給者番号			発行機関名	
事業主が証明するところ	死亡した者の氏名					死亡した年月日	平成 年 月 日 死亡			
	死亡した者は	ア 被保険者 イ 被扶養者								
	うえのとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日									
	事業所所在地					事業所名				
					事業主名	印				

の印欄は同一印をご使用ください。

受付日付印

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。									
	被保険者(申請者)氏名					印				
受取代理人の欄	住所									
	代理人の氏名					印				

被保険者の死亡による請求は、請求者の方の名義の「支払金融機関欄」を記入して下さい。

支払金融機関	金融機関コード					支店番号				
		銀行金庫				本店支店				
	口座番号	普通・当座								
	口座名義(カタカナ)									

全日本理美容健康保険組合

事業主の証明を得ないで請求する場合は、市町村長の埋葬許可証(写)、火葬許可証(写)または死体検案書(写)、検視調書(写)または死亡診断書(原本)等を添付して下さい。