

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	埋葬料 埋葬費 円

支給支払決議書			
常務理事			担当者
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

被保険者 埋葬料請求書
 被扶養者 埋葬費請求書

請求者が記入するところ	被保険者等の記号・番号	記号	番号	事業所の名称		
	死亡年月日	年 月 日	死亡原因(病名)			
	被保険者が死亡した場合	被保険者氏名		被保険者と請求者との続柄		
		埋葬に要した費用 ※埋葬費請求の場合のみ記載	円 (上限50,000円)			
	被扶養者が死亡した場合	被扶養者氏名		被保険者との続柄		
	上記のとおり請求します 年 月 日 極東開発健康保険組合理事長 殿 住所 請求者の 氏名 電話番号					

該当者のみ記載	振込希望の銀行等	銀行 金庫	支店 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座)
	口座名義人 (請求者)	(フリガナ)	(漢字)

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	年 月 日
	上記のとおり事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				

健康組合受付印

記入例

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	埋葬料 埋葬費 円

支給支払決議書			
常務理事			担当者
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

①

保険者 埋葬料請求書
 扶養者 埋葬費請求書

被保険者により生計維持されていた方が請求する場合(埋葬料の場合)は記入不要です。

被保険者等の記号・番号	記号	100	番号	1234	事業所の名称	極東開発工業株式会社
	死亡年月日	令和3年5月15日	死亡原因(病名)	肺がん		
② 被保険者が死亡した場合	被保険者氏名				被保険者と請求者との続柄	
	埋葬に要した費用 ※埋葬費請求の場合のみ記載	円 (上限50,000円)				
③ 被扶養者が死亡した場合	被扶養者氏名				被保険者との続柄	
上記のとおり請求します						
令和3年6月10日						
極東開発健康保険組合理事長 殿						
住所 兵庫県〇〇市△△町1-2-34						
請求者の氏名 極東 花子						
電話番号 06-5432-1098						

④ 振込希望の銀行等	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	△△	支店 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座)	1234567
	口座名義人 (請求者)	(フリガナ) キョクトウ ハナコ			
	(漢字)	極東 花子			

死亡した者の氏名	極東 太郎	死亡した者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	令和3年5月15日
上記のとおり事実と相違ないことを証明します。					
令和3年6月15日					
⑤ 事業所所在地 兵庫県西宮市甲子園口6丁目1-45					
事業所名称 極東開発工業株式会社					
事業主氏名 代表取締役社長 ○○ ○○					

(請求書の書き方)

- 「被保険者」「被扶養者」及び「埋葬料」「埋葬費」の文字はいずれか該当□にチェックしてください。
- 被保険者が死亡したための請求であるときは【被保険者が死亡した場合】に記入してください。
- 被扶養者が死亡したための請求であるときは【被扶養者が死亡した場合】に記入してください。
- 振込希望の銀行等欄は「被保険者が死亡した場合」「任意継続保険加入中」「退職後」に該当する場合のみ請求者の口座を記入してください。(被保険者が請求する場合は給与口座への振り込みとなるため記入不要)
- 事業主に証明を受けてください。証明を受けずに直接健保へ請求する場合(証明が受けられない場合)は添付書類が必要になります。
任意継続保険加入者が請求する場合、「事業主記入欄」は記入せず、健康保険組合に直接提出してください。