取　得	年　月　日	決定額	円	伺	常務理事	事務長	担当者
喪　失	年　月　日		令和　年　月　日				

被保険者
家　族　埋葬料（費）請求書

（注意事項）

ア. 標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲むこと。

イ. ①欄は、健康保険の被保険者証を、⑤の(ウ)欄は事業主から交付された死亡当時の「賃金支払内訳票」などを見て記載すること。

ウ. 被保険者が死亡したための請求であるときは、⑥の(ア)と(イ)と(ウ)の各欄に、また被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑤の(ア)から(エ)までの各欄に「該当せず」とし、その他の欄は洩れなく記載すること。

エ. ⑦欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときには、その資格喪失年月日を、また死亡の日の3ヵ月前まで健康保険で療養を受けていたときは、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記載すること。

オ. 死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病（死）届」をこの請求書に添付すること。

（添付書類）

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可書、火葬許可書の写、死亡診断書、死体検案書、検死調書などの写を添付してください。

① 被保険者証の記号・番号	第　号	② 被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の	(ア)名　称		
			(イ)所在地		
③ 死亡した年月日	令和　年　月　日	④ 死亡原因			
⑤ 被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア)氏名		(イ) 埋葬した年月日	令和　年　月　日	
	(ウ) 被保険者の(最後)の標準報酬月額	千円	(エ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係		
⑥ 被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア)氏名		(イ)生年月日	年　月　日	(ウ)被保険者との続柄
⑦ 備　考					
⑧ 振込希望の銀行	銀行　支店	普通 当座	口座番号		

⑨ 上記のとおり請求します。

令和　年　月　日　〒

住所

請求者の　氏名

健康保険組合理事長 殿

事業主の証明

⑩ 死亡した者の氏名		⑪ 死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者
⑫ 死亡した年月日	令和　年　月　日　死亡		

⑬ うえのとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

住所

事業主　氏名

⑭ 委任状

上記の金額の受領方を下記の者に委任します。

令和　年　月　日

〒

被保険者の　住所

氏名　㊞

〒

代理人の　住所

氏名　㊞

振込希望の銀行	銀行　支店	普通 当座	口座番号	

受　付

ふくおかＩＣＴ健康保険組合