

受付年	日
伺い年	日
決裁年	日

記入不要

支給支払決議書	
常務理事	担当

記入不要

支給額	
埋葬料	記入不要
埋葬料付加金	

資格取	日
資格喪	日
支払年月	日

記入不要

被保険者
家族

埋葬料(費)・埋葬料付加金請求書

被 保 険 者 の 請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 100 - 番号 123456	被保険者が勤務する (していた)事業所	名称 〇〇株式会社
	死亡した年月日	H23年 12月 10日	住所	〇〇県××市△△町1-2-3
	死亡原因	急性心不全	第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ はいの場合は「第三者による傷病届」を提出してください
	被保険者が 死亡したための 請求であるとき	氏名	健康 太郎	被保険者から見た 請求者との身分関係
		埋葬した年月日(ア)	年該当せず 月 日	埋葬に要した費用(イ)
		資格喪失後の請求である場合、資格喪失年月日	日	該当する場合は記入
		資格喪失後、 被扶養者として 他の健康保険に 加入していた場合	健康 保 険 名 称 記号・番号	電話番号
	被扶養者が 死亡したための 請求であるとき	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	被保険者との続柄
		亡くなられた家族は、退職等により健康保険の被保険者資格喪失後に、被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか (※)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・ 資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき ・ 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ・ 資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき		
		上記(※)で 「はい」と回答 した場合、 家族が被扶養者 認定される前の	健康 保 険 名 称 記号・番号	電話番号
		事業所 名 称 所在地	電話番号	
	介護保険法のサービス を受けていたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名
		該当する場合は記入		請求者=ご家族名義の口座
	振込希望口座 (請求者名義)	〇〇 銀行 △△ 本店 当座 口座番号	〇〇 支店 普通 1234567	フリガナ 健康 花子
		金庫		健康 花子
	上記のとおり請求します。 H23年 12月 26日			
	京葉ガス健康保険組合理事長 殿	請求者の 住所	〇〇県××市□□町1-2-3	
		氏名	健康 花子	

委 任 状	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	年 月 日
	請求者 住所 氏名	請求者以外の方が受領する場合のみ記入 振込先口座は代理人名義のものを記入し、請求者との続柄が証明できる書類を添付してください 例:住民票(世帯全員・続柄記載)・戸籍謄本
	振込希望口座 (代理人名義)	

領 収 証	金	年 月 日
	京葉ガス健康保険組合理事	記入不要

事 業 主 証 明	死亡した方の	氏 名	区 分	死亡した年月日
	上の	事業主に証明してもらう欄		
		事業主 名称		
		氏 名		

記入例② 被保険者が亡くなり、被扶養者または被保険者に生計を維持されていた家族が埋葬した場合

- ◇ 添付書類
 - ・ 事業主の証明を得ないで請求する場合は、死亡診断書(写)または、市区町村の埋葬許可証(写)
 - ・ 被扶養者以外で被保険者に生計を維持されていた方が請求する場合は、生計維持関係を確認できる書類
例:住居が同じ場合は、住民票
住居が別の場合は、定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金書留の封筒の写しや、亡くなった被保険者が支払をしていたことがわかる公共料金等領収書の写し など

外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を記した翻訳文を添付してください

- ◇ 支給金額について
 - ・ 被保険者が亡くなった場合は、埋葬料の支給を受ける者に、埋葬料(5万円)と埋葬料付加金(3万円)を支給する
ただし、被保険者が資格を喪失(退職の翌日)している場合は、埋葬料付加金は支給しない

受付年	日
伺い年	日
決裁年	日

記入不要

支給支払決議書	
常務理事	担当

記入不要

支給額	
埋葬料	記入不要
埋葬料	記入不要
埋葬料	記入不要
埋葬費付加金	

資格取	日
資格喪	日
支払年月	日

記入不要

被保険者 家族 **埋葬料(費)・埋葬料付加金請求書**

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 100 番号 123456	被保険者が勤務する (していた)事業所	名称 ○○株式会社	
	死亡した年月日	H23年 12月 10日	住所	○○県××市△△町1-2-3	
	死亡原因	急性心不全	第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <small>はいの場合は「第三者による傷病届」を提出してください</small>	
	被保険者が 死亡したための 請求であるとき	氏名	健康 太郎	被保険者から見た 請求者との身分関係	弟
		埋葬した年月日(ア)	H23年 12月 17日	埋葬に要した費用(イ)	500,000円
		資格喪失後の請求である場合、資格喪失年月日			
	被扶養者が 死亡したための 請求であるとき	資格喪失後、 被扶養者として 他の健康保険に 加入していた場合	健康 保 険 名 称	記号・番号	電話番号
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		被保険者との続柄
		亡くなられた家族は、退職等により健康保険の被保険者資格喪失後に、被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか (※)			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		上記(※)で 「はい」と回答 した場合、 家族が被扶養者 認定される前の	健康 保 険 名 称	記号・番号	電話番号
介護保険法のサービス を受けていたとき	市町村番号	受給者番号	請求者=ご家族名義の口座		
	振込希望口座 (請求者名義)	銀行 △△ 金庫	本店 支店 当座 普通	口座番号 1234567 口座名義 ケンゴウ シロウ 健康 二郎	
上記のとおり請求します。 H23年 12月 26日					
京葉ガス健康保険組合理事長 殿 請求者の住所 ○○県××市××町3-4-5 氏名 健康 二郎					

委 任 状	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	年 月 日
	請求者 住所 氏名	請求者以外の方が受領する場合のみ記入 振込先口座は代理人名義のものを記入し、請求者との続柄が証明できる書類を添付してください 例:住民票(世帯全員・続柄記載)・戸籍謄本
振込希望口座 (代理人名義)	金庫 支店 普通	

領 収 証	金	京葉ガス健康保険組合理事	記入不要	年 月 日
-------------	---	--------------	------	-------

事 業 主 証 明	死亡した方の	氏名	区分	死亡した年月日
	上の	事業主に証明してもらう欄		
事業主 名称 氏名				

記入例③ 被保険者が亡くなり、被扶養者または被保険者に生計を維持されていた家族以外が埋葬した場合

◇ 添付書類

- ・ 事業主の証明を得ないで請求する場合は、死亡診断書(写)または、市区町村の埋葬許可証(写)
- ・ 被保険者が亡くなり、被扶養者または被保険者に生計を維持されていた方以外の個人が請求する場合は、
 - ① 請求者本人の住民票 … 規則111条により設定
 - ② 埋葬に要した費用の領収証の原本
(請求者フルネームと、費用内訳として品名・数量・単価及び金額が明記してあること)

外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を記した翻訳文を添付してください

◇ 支給金額について

- ・ 被保険者が亡くなり被保険者に生計を維持されていた方がいない場合は、実際に埋葬を行った方に、埋葬料(5万円)と埋葬料付加金(3万円)の範囲内で、埋葬に要した費用に相当する額を支給するただし、被保険者が資格を喪失(退職の翌日)している場合は、埋葬料付加金は支給しない