

# 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。

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傷病届」を添付して下さい。  
 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。

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
代理人の欄	住所	
	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。