**被保険者**

**家族**

**健康保険 　　　　 埋葬料「費」（付加金）請求書**

【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証、火葬許可証、死亡診断書、

死体検案書、検視調書、住民票等のいずれかの写しを添付して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①被保険者の記号番号 | | | | | | | | | ②該当するものに○印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| － | | | | | | | | | 1．事業所勤務  名　称  所在地 | | | | | | | | | | | | | | 2.  特例退職  被保険者 | | | | 3.  任意継続  被保険者 | | |
| ③  死亡した  年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | ④  死亡原因 | |  | | | | | | | | | ⑤第三者の行為によるものですか | | | | | | | |
| 1.いいえ　　　2.はい | | | | | | | |
| ⑥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.  被保険者  氏名 |  | | | | | | | | | | イ.  生年月日 | | 昭 和  年　　　　月　　　　日  平 成 | | | | | | ウ.  被保険者の  標準報酬月額 | | | | | | | 千円 | | | |
| エ.  埋葬した  年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | オ.  埋葬に  要した費用 | | 金 円 | | | | | | カ.  死亡した被保険者と  請求者との身分関係 | | | | | | |  | | | |
| ⑦被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| キ.  被扶養者  氏名 | |  | | | | | | | | | | ク.  生年月日 | 昭 和  平 成 　　　年　　　 月　　　 日  令 和 | | | | | | ケ.  被保険者との続柄 | | | | | | |  | | | |
| ⑧  振込希望  銀行 | | 金融機関番号 | | | | | | | |  | | | | | 銀行 | 預金種目 | | 口座番号（右づめで記入） | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | 普通 | 当座 |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
| 店舗番号 | | | | | | | |  | | | | 支　店  出張所 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | 口座名義人 | |  | | | | | | | | | | | |
| 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  民間放送健康保険組合理事長　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩備考 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑪事業主の証明 | 死亡した者の  氏名 |  | 死亡した  年月日 | 年 　　　月 　　　日 | 死亡した者 | 被保険者  被扶養者 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　　　年　　　月　　　日  住　所  事業主の  氏　名 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑫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。 令和　　 年　　 月　　 日  住　所  令和　 年　 月　 日請求  受付日付印  請求者の  氏　名 | | | | | | | | | | | |
| 住　所  代理人の  氏　名 | | | | | | | | | | | |
| 代理人の  振込希望銀行 |  | 銀　行 | 預金種目 | | 口座番号（右づめで記入） | | | | | | |
| 普通 | 当座 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 支店  出張所 | フリガナ | |  | | | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | | | |

民間放送健康保険組合