

常務理事		事務長		課長		係長		係		令和 年 月 日
支給金額				法定給付金	¥					
				付加給付金	¥					

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 請求書
 家族 埋葬料付加金

請求者の記入するところ	① 被保険者証の記号番号	.		② 被保険者(請求者)氏名			③ 被保険者の続柄		
	④ 事業所の名称								
	⑤ 死亡した方の氏名				⑥ 死亡した方の生年月日	○ 昭和	年	月	日
	⑦ 死亡した年月日	令和	年	月	日	⑧ 死亡した原因(病名等)			
	⑨ 埋葬した年月日	令和	年	月	日	⑩ 埋葬に要した費用	円 (別紙証拠書のとおり)		
事業主の記入するところ	⑪ 第三者の行為による死亡の場合、その事実、第三者の住所・氏名(住所・氏名が不詳であるときはその旨)								
	⑫ 死亡者氏名				⑬ 死亡年月日	令和	年	月	日
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所の名称 事業主の氏名									

以上によって埋葬料(費)・埋葬料付加金を請求します。

令和 年 月 日 住所 _____
 請求者の _____
 氏名 _____

新潟県農業団体健康保険組合理事長 様

※ 被保険者死亡の場合は、下の委任状を作成してください。家族埋葬料の場合は、不要です。

委 任 状	
被保険者埋葬料及び埋葬料付加金として支給される金額の受領方を	
(被保険者の勤務先事業所)	
<名 称>	に委任します。
<事業主の氏名>	
<住 所>	
<氏 名>	Ⓜ

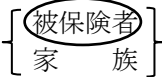
受付印

資格取得	昭・平・令	年	月	日
資格喪失	令和	年	月	日

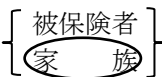
(この請求の説明)

この請求書は、被保険者又は被扶養者が死亡した場合に、埋葬料(費)及び埋葬付加金を請求するものです。

(記入上の注意)

1. 被保険者の死亡の場合 → 表題の被保険者を○印で囲んでください。 

- A. 給付金は勤務先事業所へ送金しますので、**埋葬料請求者は委任状に必ず記名・押印してください。**
- B. 埋葬料請求書が健康保険の被扶養者でない場合は、死亡した被保険者との続柄を証明する書類(市区町村長名のもの)を添付してください。

2. 被扶養者の死亡の場合 → 表題の家族を○印で囲んでください。 

- A. 「被扶養者変更届」を忘れずに提出してください。
- 3. ⑧「死亡した原因」欄は、死亡診断書などによる病名、又は原因を記入してください。
- 4. ⑩「埋葬に要した費用」欄は、死亡した被保険者に被扶養者がいないとき、又は生計の資の一部を死亡した被保険者に仰いでいたものがいなく、他の者が埋葬を行った場合(埋葬費請求)のみ、記入してください。
その際、埋葬に要した費用の額に関する証拠書類を添付してください。
- 5. 立証の書類として、市区町村の埋葬許可証、又は火葬許可証の写し、死亡診断書、死体検案書、又は検視調書の写しを添付してください。

なお、**事業主の証明があるときは、上記書類の添付を要しません。**