埋葬料（費）
埋葬料付加金　請求書

きんでん健康保険組合理事長　殿

請求年月日	年　月　日

請求欄

被保険者等	記号 番号		死亡した被保険者の氏名	（　年　月　日生）	
所属事業所	（会社名）　（室・部・支店（社））　（課・所）				
死亡年月日	年　月　日	死亡の原因			
埋葬年月日	年　月　日	埋葬費用	円［別紙明細書のとおり］		
死亡が第三者の行為による場合は	加害者の氏名		加害者の住所		
請求者の 住所	（郵便が届くように書いてください）　〒（　－　）				
請求者の 氏名		㊞	被保険者との続柄		
請求者の 支払希望の銀行名	銀行　支店 名義		（普通　No.　）		
委任状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される　埋葬料（費）・埋葬料付加金　の受領を委任します。 年　月　日　請求者 氏名　㊞				

被保険者の死亡に関する事業主の証明

氏名	
死亡年月日	年　月　日
死亡したことを証明する。 年　月　日	

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名　㊞

組合処理

		常務理事	事務長	係	係	係	資格照合	入力日
埋葬料（費）	円							
埋葬料付加金	円							
合　計	円							
資格取得日	年　月　日	備　考						
資格喪失日	年　月　日							

被保険者のマイナンバー記載欄 （記号・番号を記入した場合は記入不要）												

受付印

※ 請求書へのご注意

1. この請求書には、次の書類のうちのいずれか一つを添付して下さい。
   「市区町村長の埋葬（火葬）許可証の写」「死亡診断書」
   「死体検案書又は検視調書の写」「事業主の証明」
2. 第三者の行為によって死亡したときは「第三者の行為による傷病届」を添付して下さい。
3. 死亡した被保険者によって生計を維持してなかった人が埋葬費を請求する場合は
   「埋葬年月日」及び「埋葬費用額」を記入し、その費用の証拠書類を添付して下さい。

（2024.11）