

被保険者 埋葬料(費) 請求書
家 族

① 被保険者証の 記号・番号	記号 番号	② 被保険者の勤務 していた、または 事業所の	(ア) 名称	
			(イ) 所在地	
③ 死亡した 年月日	令和 年 月 日	④ 死亡 原因		
⑤ 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) 氏名		(イ) 埋葬した 年月日	令和 年 月 日
	(ウ) 死亡した被 保険者との身 分関係		(エ) 埋葬に要 した費用	金 円
⑥ 被扶養者が死 亡したための 請求である ときはその者の	(ア) 氏名		(イ) 生年月日	昭 令 年 月 日 平
			(ウ) 被保険者 との続柄	
⑦ 老人保健法の 医療を受けて いたとき	市町村 番号		受給者 番号	発行 機関名
⑧ 備 考				
⑨ 振込希望の銀行	銀行 支店 (普通)			口座 名義 (フリガナ)
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 請求者の住所 住友ファーマ健康保険組合理事長 殿 氏名				

⑩ 委任状 給与での給付手続きを 事業主へ依頼する為 必要ですので、必ず 記入してください。 (任意継続被保険者・ 退職者は不要です)	私は②に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した埋葬料の受領に関する 権限を委任します。 令和 年 月 日 請求者の住所 氏名
---	---

⑪ 事 業 主 の 証 明	死亡した 者の氏名		死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名			

(注 意 事 項)

- ア、標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲むこと。
- イ、①欄は、健康保険の被保険者証を見て記載すること。
- ウ、被保険者が死亡したための請求であるときは、⑥の(ア)と(イ)と(ウ)の各欄を斜線で抹消し、また、被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑤の(ア)から(エ)までの各欄を斜線で抹消し、その他の欄は洩れなく記載すること。
- エ、⑤の(イ)と(エ)の欄は、死亡した被保険者により生計を維持していた者であって埋葬を行なう者が請求する場合に限り斜線で抹消し、その他の者が請求（この場合は標題の「料」の文字を抹消すること。）する場合は必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書（費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること。）を添えること。なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
- オ、⑧欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときには、その資格喪失年月日を、また死亡のときが死亡の日の三カ月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記載すること。
- カ、⑨欄は、在職中の被保険者以外の方が請求する場合に記入して下さい。在職中の被保険者は⑨欄に記入しないで下さい。
- キ、⑩欄は、在職中の被保険者が請求する場合に記入して下さい。代理人である事業主から被保険者の給与振込口座に振込まれます。在職中の被保険者以外の方は⑩欄に記入しないで下さい。
- ク、なお、一部の事業所の方で、カ、キとは異なる取扱いをする場合があります。
- ケ、死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病（死）届」をつくって、この請求書に添付すること。

(添付書類)

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検視調書のいずれかの写を添付して下さい。