

No. _____

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日

支給額	円
支給内訳	
埋葬料	円
埋葬料付加金	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	係	被扶養者照合
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

事業所 担当者

被保険者
家族
埋葬料（費）・埋葬料付加金支給申請書

① 被保険者証の 記号・番号		② 被保険者の勤務して いた、または勤務して いる事業所の	(7) 名称		
			(4) 所在地		
③ 死亡した 年月日	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	(7) 氏名	(4) 埋葬した 年月日	年 月 日	(9) 埋葬に要し た費用	金 円
	(2) 被保険者の(最後)の 標準報酬月額	千 円	(6) 死亡した被保険者と 請求者との身分関係		
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	(7) 氏名	(4) 生年月日	大昭 平令 年 月 日	(9) 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	上記のとおり請求します。 年 月 日 円 請求者の ⑨住所 ⑩氏名 セイコー健康保険組合理事長 殿 電話 ()				

振 込 先	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 ※口座情報の反映には登録から数日を要します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。 利用しない場合は下記の欄を記入して下さい。) 被保険者本人以外の公金受取口座は利用できません。			
	銀行・信金 信組・農協 労金・その他	普通・当座	口座番号	
	支店	店 番 号	フリガナ	
		口 座 名 義		

事業主の証明	⑯ 死亡した 者の氏名		⑰ 死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日 死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 ⑱住所 〒 ⑲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、⑤の(エ)欄は事業主から交付された死亡当時の「賃金支払内訳票」など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)の各欄に、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(オ)の各欄に「該当せず」とし、その他の欄は洩れなく記載すること。
- エ、 ⑤の(イ)と(ウ)の欄は、死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行う者が請求する場合に限り「該当せず」とし、その他の者が請求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、証拠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ヶ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、 被保険者本人以外の公金受取口座は利用できません。
- キ、 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、検視調書の写のいずれかを添付して下さい。