被保険者
家　　族　埋　葬　料　請　求　書

被保険者・被扶養者記入欄	被保険者等	記号		番号		被保険者氏名			
	事業所名 所属	(所属)					生年月日	(和暦)　年　月　日	
	被保険者 居所住所	〒　－					TEL		
	死亡年月日	(和暦)　年　月　日			死亡原因 【※１】				
	被扶養者が 死亡の場合	氏名			生年月日	(和暦)　年　月　日	続柄		
	備考欄		被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。（個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）**※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。**						
	【※２】　被保険者が死亡し、被扶養者以外の者が埋葬を行なった場合のみ記入								
	埋葬を行なった者の氏名				被保険者との続柄		埋葬に要した費用		円

事業主証明欄	**【※３】死亡に関する事業主の証明欄** うえの者は、(和暦)　年　月　日 に死亡したことを証明します。 (和暦)　年　月　日 事業所所在地 事業所名称 事業主名称　TEL

委任欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します。 (和暦)　年　月　日 被保険者氏名

受付日付印

振込先記入欄【※４】	銀行コード					支店コード				口座番号						
	□銀行 □農協 □信金 □信組						□本店 □支店	種別	□普通 □当座							
	フリガナ 名義人															
	被保険者が死亡した場合のみ、埋葬を行なった者の居所住所と連絡先を記入															
	居所住所	〒　－							TEL							

【注意事項】

※１　：　第三者の行為により死亡した場合は「第三者による傷病届」を添付してください。

※２　：　被保険者との続柄が確認できる書類（戸籍謄本の写等）と、埋葬費が確認できる領収証を添付してください。親族関係でない方が埋葬を行なった場合の添付書類は、健保にご相談ください。

※３　：　事業主証明を得ないで請求する場合は、死亡診断書・埋葬許可証・死体検案書・検視調書のいずれかの写を添付してください。

※４　：　被保険者が死亡した場合または退職者のみご記入ください。

ＩＨＩグループ健康保険組合　2024.12