

至 事業所健保窓口経由 三井住友トラストグループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	支給決定伺		法定	円
			支給金額		付加	円
			資格喪失	年 月 日	被扶養者資格確認	
					支給決定日	年 月 日

被保険者 埋葬料 (費) 請求書
家族 埋葬料付加金

請求書記入欄	被保険者等	記号	〇〇	被保険者氏名	健保 太郎	
		番号	〇〇〇〇〇〇			
	死亡した年月日	△△年 △△月 △△日			死亡原因	□□□□□
	被保険者が死亡したとき	氏名	生年月日	昭平令 年 月 日	埋葬に要した費用	
		埋葬した年月日	年 月 日	死亡した被保険者と請求者との続柄	100,000 円	
	被扶養者が死亡したとき	氏名	健保 花子	生年月日	昭平令 △年 △月 △日	被保険者との続柄
					妻	
第三者の行為による死亡ですか?	はい	いいえ	「はい」の場合健保への届出の有無	有 無	無の場合「第三者行為による傷病届」等の提出が必要です。届出書を健保までご請求ください。	
上記のとおり請求します。 なお、給付金の受領を、所属する事業主へ委任します。(*1) 資格喪失後は下記の口座(*2)に振り込み依頼します。 三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 △△年△△月△△日 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 □□□□□□□□□□ 請求者の氏名 健保 太郎 電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇						
(*2)資格喪失者のみ記入(なお、任意継続被保険者は、登録済みの給付金振込口座へ振り込まれます。)						
振込希望口座	銀行	支店	普通預金 No.	口座番号	(フリガナ)	

事業主の証明欄	死亡した者の氏名	健保 花子	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 住所 □□□□□□□□□□ 事業主 氏名 □□□□□株式会社 代表者名(又は代理人) 【記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。】				

(*1)給付金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。

※注意事項

- 1.事業主の証明を受けること。
但し、退職者、及び任意継続被保険者は事業主証明に代え、死亡診断書(写)又は、埋(火)葬許可書(写)を添付。
2.添付書類

※本人が死亡した時

- ①被扶養者である家族が請求する場合
→領収書(写)
②被扶養者でない家族が請求する場合
→領収書(写)および被保険者と請求者の続柄が確認できる書類(住民票、戸籍)(写)等
③上記以外の人が請求する場合
→死亡診断書(写)又は、埋(火)葬許可書(写)
埋葬に要した費用の明細書(写)、および領収書(写)

※被扶養者が死亡した時

→添付書類なし

受付日	支払日