

取扱注意 秘密情報
複製禁止

		決 裁 令 和 年 月 日			
健 保 使 用 欄	受 付 登 録	常務理事	事務長	関係者	担 当
再生紙（裏紙）での申請は不可					
支 給 額		連絡先は業務時間内（９：００～１７：００）に 連絡が取れる番号（内線・ＰＨＳ・外線等）をご 記入ください。			

健康保険		埋葬料（費）		家族埋葬料		書	
被保険者証		被 保 険 者 氏 名		会社名・所		連絡先	
記号	1	健保 太郎		〇〇（株）△△店××部××G		×××-××××-××××	
番号	12345						
死亡者の氏名	健保 キク		被保険者 との続柄	母 (被保険者が死亡した場合は本人と記入)			
死亡した者の 生 年 月 日	昭和 23 年 7 月 7 日 平成 令和		* 埋葬を行った日				
死亡年月日	令和 〇〇 年 1 月 16 日		* 埋葬に要した費用 円				
第三者の行為によって死亡した場合には その事実ならびに第三者の氏名および住所 (氏名または住所が不詳のときはその旨)							
労働災害（業務上・通勤途上等） ※労働災害「有」の場合は支給できません。労災 保険へご請求ください。			有 ・ 無				

令和 〇〇 年 1 月 25 日 届出
中部電力健康保険組合 常務理事 殿

請求者 氏名 健保 太郎 (続 柄 ※)

※ 被保険者埋葬料（費）の請求の場合のみ被保険者との続柄を記入すること。

- ◎請求が被保険者に関するときは標題の家族埋葬料を、被扶養者に関するときは埋葬料（費）の文字を抹消すること。
- ◎請求書には次の書類のいずれかの写を添付すること。
- イ 死亡診断書 ロ 埋葬許可証 ハ 火葬許可証 ニ 死亡検案書 ホ 検死調書
- ◎*印欄は埋葬費請求の場合のみ記入のこと。
- ◎埋葬費請求の場合には埋葬に要した費用の額の証拠書類を添付すること。
- ◎埋葬料（費）請求の場合は、「健康保険給付金振込依頼書」を必ず添付すること。