

事業所担当者( )<経由>一健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)  
 ※担当者を記入してください

被保険者  
家族 埋葬料(費)請求書

被 保 険 者 ( 請 求 者 ) 記 入 欄	①被保険者の 記号・番号	記号 番号	② 請 求 者 の 氏名			
	③事業所の 名称					
	④死亡者氏名		⑤死亡者の 生年月日	S 年 月 日 H	⑥被保険者 との続柄	
	⑦死亡年月日	年 月 日	⑧死亡の 原因	<input type="checkbox"/> 病死(病名: ) <input type="checkbox"/> 第三者行為( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
	⑨被保険者が死亡した場合のみ、太枠内を記入してく ださい		添付書類			
	請求者は被保険者 によって生計維持 されていましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 被扶養者である	・「死亡診断書」または「埋葬許可証」の写し		
			<input type="checkbox"/> 被扶養者でない	・「死亡診断書」または「埋葬許可証」の写し ・請求者が被保険者によって生計を維持されていたことが確認できる 書類(被保険者世帯全体の住民票 <b>原本</b> ※及び被保険者の住民票 <b>【除票】原本</b> 、(住民票に死亡者の氏名の記載が無い場合のみ必 要)、送金証明など) <b>※住民票は、筆頭者省略無で、世帯主と続柄の履歴が分かるもの</b>		
		<input type="checkbox"/> いいえ ※被保険者に生計維持されていた方 がおられる場合は請求できません。	・「死亡診断書」または「埋葬許可証」の写し ・埋葬に要した費用の領収証および明細書(原本)※請求者のフルネーム記載		埋葬に要した費用 (葬儀代、霊柩車代など) 円 ※飲食代は含まない	
			埋葬年月日	年 月 日		
	⑩ 振込先 (請求者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)
			普通 当座			

上記のとおり請求します。  
 年 月 日

請求者の住所 〒

氏名 \_\_\_\_\_ 被保険者  
 ⑩ との続柄 ( )

電話番号 \_\_\_\_\_ ( )

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

事 業 主 証 明 欄	死亡した者 の氏名		被保険者 被扶養者の別	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住所 氏名 _____ ⑩			