

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 1 番号 12345	②請求者の 氏名	健保 花子		
	③事業所の 名称	ヤンマーホールディングス株式会社		③籍を置いている会社名を記入してください。		
	④死亡者氏名	健保 太郎	⑤死亡者の 生年月日	S50年 8月 25日	⑥被保険者 との続柄	本人
	⑦死亡年月日	R6年 9月 25日	⑧死亡の 原因	<input checked="" type="checkbox"/> 病死(病名: 脳挫傷 ) <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、該当の項目を 各項目の添付(必要)書類を 添付してください。	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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 被扶養者でない	<input checked="" 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原本※及び被保険者の住民票 【除票】原本、(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) ※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		
	<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
	⑩請求者名義の口座を記入してください。		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)
	〇〇銀行	△△支店	普通 当座	6543210	ケンポ ハナコ	

上記のとおり請求します。

R6年 10月 24日

請求者の住所 〒123-4567

〇〇県××市〇〇区△△1-2-3

氏名 健保 花子 被保険者との続柄 (妻)

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

電話番号 06 ( 6123 )4567

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			
	事業主証明欄・・・事業所窓口へ提出し記入してもらってください。 任意継続者の場合証明は不要です。 代表者氏名			