

支給額										円
内訳	埋葬料(費)									円
	埋葬料(費)付加金									円
資格取得日	年 月 日									
資格喪失日	平成 年 月 日									
支払年月日	平成 年 月 日									

決議	常務理事	事務長	主管	担当者
受付年月日	平成 年 月 日			
伺年月日	平成 年 月 日			
決裁年月日	平成 年 月 日			

\*上記枠内は記入しないで下さい。

**被保険者 家族 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金 請求書**

① 被保険者記号・番号	記号 番号	② 被保険者の勤務していた または勤務している事業 所の名称及び所在地	名称	
			所在地	
③ 死亡した年月日	平成 年 月 日		④ 死亡原因	
⑤ 被保険者が死亡した ための請求ある ときはその方の	被保険者氏名	埋葬年月日	平成 年 月 日	埋葬に要した費用 円
	被保険者標準報酬月額	千円		被保険者と請求者の身分関係
⑥ 被扶養者死亡の請求 あるときはその方の	被扶養者氏名	生年月日	年 月 日	被保険者との続柄
⑦ 老人保健法の医療 を受けていたとき	市町村番号	受給者番号		発行機関名
⑧ 振込希望の金融機関	銀行・金庫・農協		支店	普通当座 第 号
⑨ 備考				
上記のとおり請求します。 平成 年 月 日 請求者の 住所 _____ 氏名 _____ ㊟ <b>日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿</b>				

事業主の証明	死亡した者の氏名		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。 平成 年 月 日 事業主 住所 _____ 氏名 _____ ㊟			

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日			
	被保険者(申請者)	住所 _____ 氏名 _____	㊟	委任者と代理人の関係 [ _____ ]
	代理人	住所 _____ 氏名 _____	㊟	
振込希望の金融機関	銀行・金庫・農協		支店	普通当座 第 号

領収書	金 _____ 円也
	上記の金額を領収いたしました。 平成 年 月 日
	<b>日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿</b>
	請求者 住所 _____ 氏名 _____ ㊟

平成 年 月 日提出  
受付日付印

(注) この請求書には、区市町村長の「埋葬許可証」「火葬許可証」の写、「死亡診断書」「死体検案書」「検視調査書」の写を添付して下さい。

(注 意 事 項)

ア.	標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲むこと。
イ.	①欄は、健康保険の被保険者証を、⑤欄の被保険者標準報酬月額は事業主から交付された死亡当時の「賃金支払内訳票」などを見て記載すること。
ウ.	被保険者が死亡したための請求であるときは、⑥の各欄に、また被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑤各欄に「該当せず」とし、その他の欄は洩れなく記載すること。
エ.	⑤の「埋葬した日」と「埋葬に要した費用」欄は、死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行う者が請求する場合に限り「該当せず」とし、その他の者が請求(この場合は標題の「料」の文字を抹消すること)する場合は必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること)を添えること。なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
オ.	⑧欄は請求者が直接受領するときに振込希望の銀行を記載すること。
カ.	⑨欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときには、その資格喪失年月日を、また死亡のときが死亡の日の三ヶ月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記載すること。
キ.	委任状欄の「振込希望の金融機関」は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込希望銀行名を記入して下さい。
ク.	死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病(死)届」をこの請求書に添付すること。
(添 付 書 類)	
この請求書には、区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写を添付して下さい。	