

支 給 決 定 決 議 書							
決裁日付印	伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会 計	担 当 者	台帳照合
	支払年月日	年 月 日					
	支 給 額	円					
備 考			資 格	得 喪	年 月 日		
					年 月 日		
			支給内訳		埋葬料・家族埋葬料・埋葬費		

被保険者  
家 族 埋葬料（費）・埋葬料（費）請求書

① 被保険者等の 記号・番号	700		② 被保険者の勤務して いた、または勤務して いる事務所の	(7) 名 称	〇〇〇株式会社		
	第 7000 号			(4) 所在地	東京都千代田区大手町 1-2-4		
③ 死 亡 し た 年 月 日	令和 〇〇 年 3 月 3 1 日			④ 死 亡 原 因	心筋梗塞		
⑤ 被保険者が死 亡したための 請求である ときはその者の	(7) 氏 名		(4) 埋葬した 年月日	年 月 日	(9) 埋葬に要し た費用	金	円
	(エ) 被保険者の(最後の) 標準報酬月額	千 円		(ウ) 死亡した被保険者と請 求者との身分関係			
⑥ 被扶養者が死 亡したための請求であ るときはその者の	(7) 氏 名	健康 華子	(4) 生年 月 日	〇〇〇年 4 月 1 日		(9) 被保険者 との続柄	妻
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 備 考							
⑨ 振込希望の銀行	マルバツ銀行 渋谷 支店		普通 当座	第 6130725 号			
上記のとおり請求します。 令和 △△年 4 月 1 日 〒150-0000 請求者の ⑩住所 東京都渋谷区神南 1-1 SMBC コンシューマーファイナンス健康保険組合理事長 殿 ⑪氏名 健康 太郎							

委任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。					
	年 月 日	請求した	被保険者 家 族	埋葬料（費）	被保険者 家 族	埋葬料（費）付加	
	金のうち金	円也の受領に関すること。					
	年 月 日						
	請求者の	⑭住所					⑯
		⑮氏名					印
	代理人の	⑰住所					⑱
		⑱氏名					印
⑳ 振込希望の銀行	銀行	支店	（普通・当座 第 号）	口座名義（カタカナ）			

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				
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
	事業主	住所 〒	氏名	印		

備 考	被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。					
	被保険者のマイナンバー記載欄					

受 付 日 付 印

## (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「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」を、⑤の(エ)欄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(ア)と(イ)と(ウ)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の(ア)から(オ)の各欄に「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(イ)と(ウ)の欄は、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。

カ、⑨欄は請求者が直接受領するときに振込希望の銀行名を記載すること。

キ、⑩欄は、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」をつくって、この請求書に添付すること。

## (添付書類)

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に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。