

どちらかに○をつけてください

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）請求書

請求者が記入するところ (この欄の訂正は請求者の直筆で訂正)	被保険者証 記号・番号	記号 — 番号	事業所名称	勤務先の名称をご記入ください	
	死亡した人の 氏名・生年月 日及び続柄	フリガナ 亡くなられた方の氏名を ご記入ください	昭和 平成 令和	○年○月○日	被保険者 家族(続柄)
	死亡年月日	○○年○○月○○日死亡	死亡原因	死亡診断書の死亡原因を 転記してください	
				第三者の行為に よるものですか	はい・いいえ
	埋火葬年月日	○○年○○月○○日	埋火葬に 要した 費用*	○○○, ○○○ 円 (別紙領収書のとおり)	
	請求者の氏名	フリガナ 請求者の氏名をご記入ください	被保険者死亡の ときはその被保 険者との続柄	○○	
請求者の住所	〒 — 請求者の住所と連絡先をご記入ください			TEL — —	

どちらかに○をつけてください

どちらかに○をつけてください

※請求者名義のもの（受領委任する場合は代理人名義のもの）を記入してください。

埋葬料（費）を受け取る金融機関					
公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は下記の欄に記入してください)				
公金受取口座を利用される場合は☑を、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は、口座情報をご記入ください				(支)店 出張所 営業部 を記入)	普通・当座
口座番号				口座名義	

※埋葬料(費)の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日	代理人氏名
	被保険者氏名 (自署)	
	代理人の住所・電話番号	被保険者との関係
	〒 —	TEL — —

《注意事項》

1. 市区町村長の埋火葬許可書の写又は死亡診断書の写、又は死体検案書の写を添付して下さい。
2. 請求者が被扶養者でない場合は、戸籍謄本（抄本）の写又は住民票の写を添付して下さい。
3. 埋葬費の請求の場合は*印欄に費用額を記入し、その費用に関する領収書を添付して下さい。
4. 被保険者死亡の場合は資格喪失届と保険証を、被扶養者死亡の場合は被扶養者異動届と保険証を添えて提出して下さい。
5. 記載内容を訂正する場合は、訂正印や修正テープ等を使用せず、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。

大阪港湾健康保険組合