

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)

被保険者証の				カガナ	
記号		番号		請求者の氏名	印
請求者の住所		TEL - -			
死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡原因		第三者の行為によるものですか	はい・いいえ
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の	被扶養者氏名				
	被扶養者生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄	
被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の	被保険者氏名			被保険者と請求者との身分関係	
	埋葬に要した費用の額	円	埋葬した年月日	令和 年 月 日	
給付金の振込先 (被保険者または請求者名義)	銀行 農協組合 信用金庫 労働金庫 信用組合	支店	普通 当座 その他	口座番号	

(事業主が証明するところ)

上記のとおり相違ないことを証明します。	
令和 年 月 日提出	
事業所の所在地	
名称	
事業主氏名	印
オークマ健康保険組合理事長 殿	

(添付書類)

1. 「死亡診断書」または市区町村長の「埋(火)葬許可証」 2. 埋葬費として請求する場合(被保険者が死亡し、その埋葬を家族以外の者が行い請求する場合は、「埋葬に要した費用の額の証拠書類(領収書など)」 3. 振込先がゆうちょ銀行の場合は口座番号等が記載されている箇所の通帳コピー										
法定給付支給額						円	理事長	常務理事	事務長	担当者
健保受付年月日	入力年月日	支払年月日			備考					