

【提出先】	健康保険組合	年 月 日	支給決定伺(支給支払決議書)			
死亡された方が被扶養者(家族)の場合はピンクの枠内、被保険者(従業員)の場合はブルーの枠内をご記入ください。			常務理事	確認	確認	担当
			円			
			円			

埋葬料・埋葬費 請求書 家族埋葬料

死亡の原因に第三者が関係している場合は、第三者行為届が必要です

村田製作所健康保険組合 御中

健康保険の記号 - 番号	被保険者氏名	所属事業所	所属コード
19 - 23456	健康 太郎	KMM能美	KA〇〇
死亡日	死亡の原因(該当するものに☑してください)	死亡の原因は第三者の行為によるものですか?	
令和 5年 5月 5日	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 労働災害・通勤災害 <input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> はい → 第三者行為届が必要です <input type="checkbox"/> いいえ	

●被扶養者(家族)の死亡による請求のとき ※被扶養者とは村田健保の保険証等をお持ちの家族のことです

死亡された方の氏名	続柄	生年月日	私は上記事業所を代理人と定め、給付金の受領を委任します。
健康 花子	妻	昭和 平成 令和 2年 2月 2日	令和 5年 5月 9日
			被保険者署名 健康 太郎

●被保険者(従業員)の死亡による請求のとき 被保険者からみた続柄

申請者の氏名	続柄	申請者住所
健康 花子	妻	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 ×××-××
埋葬日(葬儀日)	埋葬(葬儀)に要した費用	申請者の連絡先(昼間連絡可能な電話番号)
令和 5年 5月 9日	200万 円	000 - 0000 - 0000
振込先口座	金融機関コード 1111 支店コード 222 種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(右詰め) 33333333 口座名義(カタカナ) ケンコウ ハナコ

●添付書類・・・該当する書類を併せてご提出ください

種別	死亡された方	申請者	添付書類
埋葬料	被扶養者	被保険者	<input type="checkbox"/> 埋葬許可証の写し又は死亡診断書の写し(役所で受付された物) <input type="checkbox"/> 被扶養者異動届(扶養終了)
	被保険者	被扶養者、配偶者、又は、同居の子若しくは親(※)	不要
埋葬費	被保険者	(※)以外で葬儀代を実際に支払った方	<input type="checkbox"/> 領収書(支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用額が記載されているもの) <input type="checkbox"/> 埋葬に要した費用の明細書(費用の内訳がわかるもの)

事業主証明欄	上記の通り相違ないことを証明します。	人事担当者印	被保険者死亡による埋葬料請求につき、申請者の続柄を確認しました。(事業所人事シニアマネージャー印)	受付日付印
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名			