

【埋葬料請求書】

被保険者(従業員本人)がお亡くなりになったとき、被扶養者であった方が請求する場合の請求書
※一律 5 万円が支給されます。任意継続の方のみ埋葬許可証または火葬許可証のコピーを添付してください。
※ご家族全員分の保険証の返却が必要です。(70 歳以上の方は、高齢受給者証の返却も必要です)

記入例

埋葬料・埋葬費
家族埋葬料 請求書

請求者が記入するところ	被保険者証 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇〇	事業所 の名称	富山村田製作所		
	所属コード	TM〇〇〇〇	氏名コード	TM〇〇〇〇〇	内線番号	—
	亡くなった方の氏名		生 年 月 日		家族埋葬料の場合 被保険者との続柄	
	健 保 太 郎		昭 平 令	45 年 3 月 30 日生		—
	死 亡 の 原 因	肺炎	死 亡 年 月 日	令和 1 年 5 月 1 日		第三者の行為によるものですか
					いいえ	はい
	埋葬を行った日	令和 1 年 5 月 3 日	埋葬費請求の場合は 埋 葬 に 要 し た 費 用 の 額	円		
払渡希望の銀行	××銀行 長岡 支店	普 通 当 座	No.〇〇〇〇〇〇〇〇	フリガナ 名義人	ケンボ ハナコ 健 保 花 子	

上記による 埋葬料
埋葬費
家族埋葬料 を請求します

令和 1 年 5 月 6 日
村田製作所健康保険組合 御中

(埋葬料(費)の請求の場合) 妻
死亡被保険者との続柄

〒×××-××××

請求者 住 所 長岡京市東神足×××
氏 名 健 保 花 子 印 健 保
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

事業主が証明する欄	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	令和 年 月 日死亡
	記 入 不 要				
氏 名		印	電話 (局)	番	

※太枠の中のみ記入して下さい。