

健康 保 記 入 欄	資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日
	転入日	昭和 平成 令和	年	月	日
	喪失日	昭和 平成 令和	年	月	日
	被扶養者認定日	昭和 平成 令和	年	月	日

常務理事	部長	課長	係長
		担当	担当

**健康保険 被保険者 埋葬料（費）及び同付加金請求書**  
被扶養者

大阪府信用金庫健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

請求者が記入するところ	保険証の記号・番号（右づめ）		被保険者氏名		（フリガナ） 本申請書の療養に要した費用に関して療養費の支給を申請し、給付金の受領を事業主に委任します		④
	被保険者の生年月日		年齢	被保険者の住所			
	昭和 平成 令和 年 月 日		歳	〒 - 日中の連絡先（ ） -			
	死亡年月日		埋葬した年月日		死亡原因		第三者行為によるものですか
	平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	◆ 被扶養者が死亡したための申請であるとき						
	被扶養者の氏名		生年月日		被保険者との続柄		
	（フリガナ）		昭和 平成 令和 年 月 日				
	◆ 被保険者が死亡したための申請であるとき						
	申請者の氏名		被保険者からみた請求者との関係		埋葬に要した費用の額		
（フリガナ）				※生計同一関係のない方が申請される場合のみ記入 円			
申請者の連絡先		自宅 ・ 携帯 ・ その他（ ）（ ）		-			
申請者（埋葬者）が当組合加入者でない場合、右記の添付要（2点とも） <input type="checkbox"/> 埋葬者の身分証明書 <input type="checkbox"/> 生計同一証明に関する申立書							
支払金融機関（請求者の口座）	（銀行コード）		（支店コード）		口座番号（右づめ）		
	銀行 信用金庫		支店		普通 当座		
口座名（カタカナで記入）							

事業主が記入するところ	◇事業主が証明する欄					
	死亡した者の氏名		死亡した者は当組合の		死亡年月日	
	（フリガナ）		被保険者である 被扶養者である		平成 令和 年 月 日	
	死亡原因		届出のあった年月日		埋葬者が当組合加入者でない場合（添付要）	
			平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 埋葬者の身分証明書 <input type="checkbox"/> 生計同一証明に関する申立書	
上記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 ④						

健康 保 記 入 欄	支給区分	支給額	支給決定額
	埋葬料（費）	・ 埋葬料：50,000円+付加金50,000円 ※被保険者の死亡で生計同一関係者からの申請の場合 ・ 埋葬費：50,000円+付加金50,000円の範囲内 ※被保険者の死亡で生計同一関係のない方からの申請の場合は、実際埋葬を行なった人に支給	円
	家族埋葬料	・ 埋葬料：50,000円+付加金10,000円	

受付印

- ※ 太枠内を記入してください。  
 ※ 添付資料 … ①事業主が原因を含め死亡の確認を行い、証明するときは添付書類は必要ありません。  
 ②事業主で死亡の確認が出来ない場合、「死亡診断書」、「死体検案書又は検視調書」、または「市区町村長の埋（火）葬許可書」いずれかの写しを添付してください。  
 ③埋葬費の場合は、埋葬にかかった費用の「領収書」の写しも添付してください。  
 ④埋葬者が当組合加入者でなく生計同一関係を申立される場合、「埋葬者の身分証明書（免許証等の写し）」「生計同一証明に関する申立書」を添付してください。