

**チェックポイント【本人用】**

健 保 組 合	常務理事	事務局長	主査	担当
	記載内容に誤りや不明箇所がある際は、 健保へ提出される前に、ご遺族(申請者)にご確認願います。			

**埋葬料（費）請求書**

太枠の中をご記入（選択）ください

申 請 内 容	被保険者	記号 1000	番号 1234567	被保険者氏名 富士通 太郎	
	死亡した方の氏名	富士通 太郎		死亡年月日 日付を選択	
	死亡の原因	本人の場合でも記入があることを確認する			
	第三者行為（交通事故やケンカ等）によるものであるかの確認	第三者が原因の場合は健保へ連絡ください			
	請求者※	氏名	富士通 みち子		被保険者との続柄 本人
		被保険者死亡時、富士通健保の被扶養者でしたか（「いいえ」の場合、下欄①も選択）	・埋葬した方の氏名が記入されているか 選択 ・必要書類が整っているか 確認する 選択		
	被保険者と生計の維持関係がなかった方が埋葬を行った場合は記入	埋葬年月日	日付を選択		
	埋葬費用	円			

※埋葬費用を支払った方（領収書に記載されている方）が請求してください。

振 込 先	金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
	口座種別	いずれかを選択	口座番号	99999999
	口座カナ名義	フジツウ ミチコ	カナ記入の確認	

上記の通り申請いたします。	申請年月日	日付を選択
住所	〒	記載もれがないかご確認ください
氏名		

※健康保険法施行規則改正に伴い、本書類への押印は不要といたします。

健保記入欄	事業所記入欄	
円	担当名	備考欄

記載必須。特記事項があれば備考欄へ記入ください

**チェックポイント【家族用】**

健	常務理事	事務局長	主査	担当
保	記載内容に誤りや不明箇所がある際は、 健保へ提出される前に、被保険者(従業員)にご確認願います。			

**家族埋葬料請求書**

太枠の中をご記入(選択)ください

申請内容	被保険者	記号 1000	番号 1234567	被保険者氏名 富士通 太郎
	死亡した方の氏名	富士通 みち子		被保険者との続柄 妻
	死亡した年月日	クリックまたはタップして日付を入力してください		
	死亡の原因 / 傷病名			
	傷病の原因が第三者行為(交通事故やケンカ等)によるものであるかの確認 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの <input type="checkbox"/> 該当しない		
		上記の通り申請いたします。なお、給付金の受領は事業主に委任します。		
	申請年月日	クリックまたはタップして日付を入力してください。		
	住所			
	被保険者			
	氏名			

※健康保険法施行規則改正に伴い、本書類への押印は不要といたします。

**【添付書類】**

死亡の事実が確認できる書類(埋・火葬許可書、死亡診断書、死体検案書などのコピー)

記載必須。特記事項があれば備考欄へ記入ください

健保記入欄	事業所記入欄	
円 担当名		備考欄