令和　　年　　月　　日

農林中央金庫健康保険組合理事長 殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康保険 | 被保険者 | 埋葬料（埋葬費）請求書 |
| 被扶養者 |
| ※この請求手続きには死亡したことを証明する書類（死亡届・死亡診断書または埋（火）葬許可証）の写しを添付のうえ提出ください。 |
| 被保険者証 | 区 分 | 記 号 | 番号(右詰め) | 請　求　者　の　氏　名 | 事業所・所属・連絡先 |
| 一 般 |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ | 事業所 |  |
| 任意継続 | 9000 | 所 属 |  |
| 特例退職 | 9500 |  | 連絡先 | 　　　　(　　　)　　　　 |
| 請求者が記入する欄 | 被保険者（請求者）の現住所 | 〒 |
| 死 亡 年 月 日 | 令和　　年　　月　　日 | 死 亡 原 因 |  |
| 被保険者が死亡したための請求であるとき |
| 被保険者氏 　名 |  | 死亡した被保険者と請求者との続柄 |  | 葬儀を行った年　　月　　日 | 令和　　　年　　月　　日 |
| 死亡した被保険者と請求者が生計維持関係のない場合のみ記入埋葬に要した費用の額 | 領収書原本と明細書を添付してください |
| 円 |
| 被扶養者が死亡したための請求であるとき |
| 被扶養者氏 　 名 |  | 生　年　月　日 | 昭和・平成・令和　年　　 月　　　日 | 被保険者との続柄 |  |
| 死亡が第三者の行為によるものですか | はい ・ いいえ |  |
| * **□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）**
 |
| 事業主への受領委任（特例･任継の方および被保険者死亡の場合は別途口座届出済の為記入不要） | （会社名をご記入下さい　支店名は不要）本請求に基づく給付金の受領を事業主　　　　　　　　　　　　　　　　　に委任します。 被保険者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　 |

被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要です。）

|  |
| --- |
| 備考欄 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業主が証明するところ | 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 |
| 上記のとおり相違のないことを証明します。 令和　　年　　月　　日住 所事業主 名 称氏 名 電話 　　　　（　　　）　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給額 | 法 定 |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 付 加 |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 計 |  |  |  |  |  |  | 円 |

(健康保険組合使用欄)

支給・支払伺

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  | 決定日 |  | 常務理事 |  | 事務長 |  | 係 |  |
| 処理日 |  |

（第二種Ｈ10）2022.07