

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 險 者 等	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	
	埋葬に要した費用の額		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		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			
<b>※ □ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は□)</b>							
事業主への受領委任 <small>(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)</small>	(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 : _____						

被保険者等記号番号に代えて、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		
	事 業 主	住 所						
	名 称							
	氏 名							
		電 話	( )					

(健康保険組合使用欄)

支給・支払専用

支 給 額	法 定								円
	付 加								円
	計								円

受 付 日		決 定 日		常 務 理 事		事 務 長		係	
		処 理 日							