

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 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				
	※ <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)						
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					
	住所 事業主 名 称 氏 名 電話 ()					

(健康保険組合使用欄)

支給・支払伺

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							