

被 保 険 者
 家 族

埋葬料（費）請求書

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被保険者証	記 号		番 号			
	被保険者の	会社名				所 属	
		氏 名					
		生年月日	昭和・平成 年 月 日	資格取得日	昭和・平成 令和 年 月 日		
	死亡した方の	氏 名				被保険者との身分関係(続柄)	
		死 亡 年 月 日	令和 年 月 日				
		死亡原因(傷病名)					
		第三者の行為によるものですか いいえ はい					
		介護保険法のサービスを受けていたとき					
		市区町村番号 受給者番号		発行機関名			
	被保険者の死亡が資格喪失後3ヶ月以内の場合は、 資格喪失後に加入した被保険者証の		保険者名		保険者番号		
	被扶養者の死亡が被扶養者認定日3ヶ月以内の場合は、 認定日以前に加入していた被保険者証の		記号・番号		TEL		
	被扶養者の死亡が被扶養者認定日3ヶ月以内の場合は、 認定日以前に加入していた被保険者証の		保険者名		保険者番号		
	被扶養者の死亡が被扶養者認定日3ヶ月以内の場合は、 認定日以前に加入していた被保険者証の		記号・番号		TEL		
請 求 者 の 記 入 欄	請求者の	氏 名					
		住 所	(〒 -)				
			(TEL - -)				
	被保険者との身分関係(続柄)						
振 込 金 庫 機 関	銀行名		支 店 名	口座種目	口座番号(右詰めで記入)	口座名義(カタカナ)	
	銀行 信用金庫 信用組合 農 協		本 店 支 店 出張所	1 普通 2 当座			
	ゆうちょ銀行		通 帳 記 号	通 帳 番 号		口座名義(カタカナ)	
		1	0		1		

事 業 主 証 明 欄	死亡した方の氏名		死亡した年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。			
	事業所の名称			
	事業所の所在地			
	事業主の氏名			

【添付書類】 事業主の証明がない場合や任意継続被保険者・資格喪失者の方 ……『死亡診断書』、『死体検案書』、『埋葬許可証』のいずれか(写し可)
 被扶養者以外が埋葬料を請求する場合 ……『住民票(除票)』または『戸籍謄本』(写し可) (生計維持を確認できるもの)
 実際に埋葬(葬儀)を行った人が埋葬費を請求する場合 ……『埋葬(葬儀)に要した費用の領収書・明細書』
 ※埋葬(葬儀)に要した費用とは、葬儀代のほかに霊柩車代、霊前への供物代、僧侶への謝礼なども含まれます。

押 印 欄	事業所		所 属	

健康保険支給決議書

健 保 記 入 欄	款	保険給付費	項	法定給付費	目	埋葬料(費)	
						家族埋葬料	
	受付年月日	支給決定額					円
		備 考					
	支給日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会 計		給 付