

被 保 険 者 埋 葬 料 ( 費 ) 請 求 書  
 家 族

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被保険者等	記 号	100	番 号	12345					
	被保険者の	会社名	〇〇〇〇株式会社		所 属	〇〇部				
		氏 名	西 武 太 郎							
		生年月日	昭和 平成	30 年 6 月 25 日	資格取得日	昭和 平成 令和	2 年 10 月 1 日			
	死亡した方の	氏 名	西 武 保 子		被保険者との身分関係(続柄)	妻				
		死 亡 年 月 日	平成令和 3 年 3 月 14 日							
		死亡原因(傷病名)	乳 癌							
		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							
		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 記号・番号		発行機関名 保険者番号 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 記号・番号		保険者番号 TEL						
請求者の	氏 名	西 武 太 郎								
	住 所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇 (Tel 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)								
	被保険者との身分関係(続柄)	本 人								
振込金融機関	銀行名	〇〇〇 銀行	支店名	本店 支店 出張所	口座種目	1 普通 2 当座	口座番号(右詰めで記入)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	口座名義(カタカナ)	セイブ タロウ
	ゆうちょ銀行	通帳記号	1	通帳番号	0	通帳番号		1	口座名義(カタカナ)	

事業主証明欄	死亡した方の氏名	西 武 保 子	死亡した年月日	平成令和 3 年 3 月 14 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	〇〇〇〇株式会社		
事業所の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇			
事業主の氏名	〇〇 〇〇			

【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