

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<br>保<br>険<br>者<br>（<br>請<br>求<br>者<br>）<br>記<br>入<br>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<br>平成          | 30 年 6 月 25 日   | 資格取得日                 | 昭和<br>平成<br>令和 |
|  | 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<br>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、<br>資格喪失後に加入した被保険者証の                    | 保険者名<br>記号・番号     |                 | 発行機関名<br>保険者番号<br>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、<br>認定日以前に加入していた被保険者証の | 保険者名<br>記号・番号  |                   | 保険者番号<br>TEL    |                       |                |
| 請求者の   | 氏 名   | 西 武 太 郎  |                   |                 |                       |                |
|  | 住 所   | ( 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 )<br>〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇<br>( 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   | 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)            |                |
|  | 〇〇〇 銀行 信用金庫<br>信用組合 農 協                         | 〇〇〇〇 本店<br>支店 出張所  | 1 普通<br>2 当座      | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 | セイブ タロウ               |                |
|  | 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              | 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<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 款     | 保険給付費 | 項     | 法定給付費 | 目 | 埋葬料(費)<br>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               |