

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			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
	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				平成・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					
	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 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				発行機関名 保険者番号 TEL 保険者番号 TEL					
請求者の	氏 名									
	住 所	(〒 -)								
	被保険者との身分関係(続柄)				(〒 - -)					
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)			
	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