

被保険者

家族

埋葬料(費)請求書

令和 00年 00月 00日提出

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 入 欄	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を(事業所名) _____ に委任します。					
	健康保険 記号-番号	00-123456	請求者 氏名	健保 花子	死亡者 との続柄	妻
	請求者 住所	〒000-0000 ○○○○○○○○○○ TEL(000) 000 - 0000 (ポストNo. A000)				
	所属	○○○○○○○○○ TEL(000) 000 - 0000 (内線 00000)				
	死亡者 氏名	健保 太郎	生年 月日	昭和 平成 令和	00年 00月 00日	
	死亡年月日	令和 00年 00月 00日	第三者行為に よるものですか	はい・いいえ		
	死亡の原因 (疾病負傷名)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○				
	※ 被保険者の死亡で被扶養者がいないため親戚や知人等が埋葬を行った場合に記入【注意事項2.】					
	埋葬(葬祭)年月日	令和 年 月 日	埋葬(葬祭)に要した費用	円		
	※ 被保険者(本人)死亡の場合にのみ請求者本人の振込口座を届出てください。【注意事項3.】					
振込希 望口座	金融機関コード	支店コード	普通預金口座番号	フリガナ	ケンポ ハナコ	
	000	0000				
	○○○ 銀行	○○○ 支店	0000000	請求者 名義	健保 花子	

事 業 主 証 明 欄	死亡者氏名		死亡者 の別	被保険者 被扶養者	死亡年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 所在地 名称 代表者名					

【注意事項】

(本人・家族共通)

- 事業主の証明を得ないで請求する場合は、死亡診断書・死体検案書・検視調書・埋葬許可書・火葬許可書いずれか一つのコピーを添付してください。

(本人死亡のとき)

- 埋葬(葬儀)を行った人が健康保険の被扶養者ではない、かつ別居している場合、埋葬料の額の範囲で、埋葬にかかった費用が埋葬費として支給されます。その場合は費用の領収書原本(請求者名義)・費用の内訳書(品名・数量・単価及び金額等を明記してあるもの)を添付してください。
- 振込希望口座は、請求者の振込先を記入してください。

(家族死亡のとき)

- 被扶養者死亡の場合には別途「健康保険被扶養者異動届」と「被保険者証」の提出が必要です。

支 給 決 定 欄	支給決定額	50,000円	常務理事	事務長	係

受付印

【支給について】

「家族埋葬料」

毎月、月末で受付けを締め切り、翌月被保険者の事業所に支給します。

(埋葬料(費)請求書の中で、受領を事業所に委任していただいています。)
事業所から保険給付金として支払われます。

【給付の条件】

健康保険では、葬儀に要する費用を補償するものとして埋葬料(費)が支給されます。

本人が死亡したときは、埋葬を行った家族に支払われ、家族が死亡したときは、本人に支払われます。又、埋葬料を受けられる人がいない場合は、埋葬した人に埋葬費が支払われます。

ただし、交通事故による死亡で他の保険より埋葬料が支給されている場合は、請求できません。

例) ・自賠責保険(葬儀料) ・労災保険(葬祭給付)

【問合わせ先】

マツダ健康保険組合

〒734-0064 広島市南区小磯町1番1号

Tel 外線:(082)287-4644 内線:52150

- 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー(個人番号)により申請することも可能です。
その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--