

健康 保 用 欄	支 給	法 定	円	付 加	円
	資格取得	昭・平・令 年 月 日			
	資格喪失	平・令 年 月 日			
	照 合 扶 養 者 確 認 登 記				
	支払通知	令和 年 月 日			

決 定 ・ 支 払 伺		
常務理事	事 務 長	担 当 者

健康保険 被保険者 被扶養者 埋葬料(費)(付加金)請求書

※ 太線の枠内をご記入ください。

請求者の記入する欄	記号・番号	—		所 属		
	事 業 所	京 都 中 央 信 用 金 庫				
	死 亡 し た 年 月 日	令和 年 月 日				
	死 亡 し た 原 因					
	埋 葬 し た 年 月 日	令和 年 月 日	埋葬に要した 費 用	円		
	第三者行為 による場合、 その状況と 第三者の氏 名・住所					
	死亡したとき 被保険者が	氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	死亡した 被保険者 と請求者 との続柄
	死亡したとき 被扶養者が	氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄
	上記のとおり請求します。 京都中央信用金庫健康保険組合 御中 令和 年 月 日 住 所 請求者 氏 名					
	事業主の証明欄	死亡した者の 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します。 令和 年 月 日 住 所 事業主 氏 名						

健康保険 埋葬料(費)(付加金)請求書 申請時の留意点

1. ① 被保険者が死亡し、その者により生計を維持していた者が請求するとき、又は、②被扶養者が死亡し被保険者が請求するときは、**「埋葬料」の請求**として、(費)の文字を二重線で消してください。
2. 上記 1. の「埋葬料」の支給を受けるべき者がいない場合においては、埋葬を行った者が**「埋葬費」の請求**として、「料」の文字を二重線で消してください。
3. 以下の書類を添付してください。
〔上記1. 2. 共通〕
 - ・ 埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書のいずれか1部（コピー可）を添付し、死亡に関する事業主の証明を受けてください。
 - ・ 死亡が第三者の行為によるときは、「第三者の行為による傷病届」
〔上記1. の場合〕
 - ・ 被扶養者以外の方が請求する場合は、生計維持されていたことが確認できる書類（詳細は当組合にお問い合わせください。）
〔上記2. の場合〕
 - ・ 埋葬に要した費用の詳細が記載された領収書