

この欄は何も記入しないでください

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------|----------------------|--|-----|-------|--|---|---|---|---|---|
| 本件支給決定してよろしいか | 常務理事 | 事務長 | | 担当者 | 支給決定額 | | | | | | |
| | | | | | 法定 | | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 死亡年月日 | 年 月 日 死亡 | | | 付加 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 資格関係 | 年 月 日 取得 年 月 日 喪失 | | | 合計 | | | | | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | |



被保険者 埋葬料 (費)
健康保険 請求書
家族 埋葬付加金

| | | | | | | |
|--|--|------------------------|--------------------------|----------|-------------|-------------|
| 請求者が記入するところ | ①被保険者の記号番号 | 記 号 番 号 | ②請求者の氏名 | | | |
| | ③請求者の現住所 | 〒 _____ Tel. _____ | | | | |
| | ④事業所の名称 | | | | | |
| | ⑤死亡した年月日 | 年 月 日 | ⑥死亡した原因(傷病名等) | | | |
| | ⑦死亡の原因は業務上によるものですか | はい いいえ | ⑧死亡の原因は第三者の行為によるものですか | はい いいえ | | |
| | ⑨埋火葬した年月日 | 年 月 日 | ⑩埋火葬に要した費用 | _____ 円 | | |
| | ⑪被保険者が死亡した為の請求であるときはその者の | 被保険者の氏名 | 最終の標準報酬月額 | _____ 千円 | | |
| | | 死亡した被保険者と請求者の身分関係(続柄等) | 被保険者と請求者の間に生計維持関係はありましたか | はい (あった) | いいえ (なかった) | |
| | ⑫請求被扶養者が死亡した為であるときはその者の | 被扶養者の氏名、生年月日 | (年 月 日) | 被保険者との続柄 | | |
| | 事業主が証明するところ | ⑬死亡した者の氏名 | | | ⑭死亡した者 | 被保険者 ・ 被扶養者 |
| ⑮死亡した年月日 | | 年 月 日 死亡 | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 _____ 年 月 日 | | | | | | |
| 事業所の 住所 _____ 名称 _____ 事業主の 氏名 _____ Tel. _____ 担当者氏名 _____ | | | | | | |
| 振込先 | 銀行・農協 本店・支店 信用金庫 出張所 信用組合 支所 | 預金種目 | 口座番号 | | 口座名義 (フリガナ) | |
| | | 普通 当座 | | | (フリガナ) | |
| 委任状 | 私は、本請求に基づく給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 年 月 日 | | | | | |
| | 被保険者氏名 _____ ㊟ | | | | | |
| | | | | | 支給日 | |

※裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。

西日本プラスチック工業健康保険組合 2024.12 改

記入するときの注意事項（添付書類を含む）

◎ 埋葬火葬許可証の写しか死亡診断書の写しを添付してください。

- 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
- 記入もれのないように注意してください。
- 別途、必要書類等の提出をもとめる場合があります。
- 訂正したところは、それぞれに訂正印を押してください。
- 被保険者が死亡したときは、表題の「被保険者」を○で囲んでください。
 - ・ 被保険者の家族（被保険者と生計維持関係があった者）から「埋葬料」を請求できます。
 - ・ 被保険者の家族（被保険者と生計維持関係があった者）がいない場合は、実際に埋火葬を行った者が、その埋火葬に要した費用の範囲内で「埋葬費」を請求することができます。この場合、「埋火葬に要した費用の領収書」を添付してください。
- 被扶養者が死亡したときは、表題の「家族」を○で囲んでください。

①欄 健康保険情報が確認できるもの（資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルなど）で記号番号を確認し記入してください。

②欄 請求者の氏名を記入してください。

③欄 必ず郵便番号から記入してください。

④欄 被保険者の勤務先の事業所名を記入してください。

⑤欄 死亡した年月日を記入してください。

⑥欄 死亡した原因となった傷病名について具体的に記入してください。

⑦欄 どちらかに○をつけてください。「はい」に○をつけた場合、労災の認定を受けることができなかったことを証明する書類を添付してください。

⑧欄 どちらかに○をつけてください。「はい」に○をつけた場合、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。（既に提出済の場合は結構です。）

⑨⑩欄 埋火葬した年月日とそれに要した費用の金額を記入してください。

⑪欄 被保険者が死亡した為の請求の場合にのみ記入してください。

⑫欄 被扶養者が死亡した為の請求の場合にのみ記入してください。

振込先 被保険者名義の口座に振込を希望される場合は、委任状欄は空欄のまま結構です。

委任状 代理人名義の口座に振込を希望される場合は、委任状欄に代理人の住所・氏名を記入し、被保険者が署名・押印してください。（この欄の押印については省略することはできません。）

<事業主が証明するところ>

- 死亡の事実について事業主が証明してください。
- 任意継続中の場合は空欄のまま結構です。

◎被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、請求書の余白へ記載してください。

（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための身分証などの添付書類が必要です。）