

記入例

埋葬料（費）

50,000円

常務理事

事務長

担当者

本人 埋葬料（費）請求書

※太枠の中を記入して下さい。

被 保 険 者 証		死亡した被保険者(本人)の氏名		被保険者と請求者との関係	
記 号	番 号				
99	9999	品川 二郎		続 柄 : 夫	
				生計依存関係 : 有 ・ 無	
死 亡 年 月 日		平成 99 年 9 月 99 日	埋 葬 年 月 日	平成 99 年 99 月 99 日	
死 亡 原 因		心不全			
第三者の行為によって 死亡した場合には、 その事実並に住所氏名					
上記の通り請求いたします。					
平成 99 年 99 月 99 日					
シナネン健康保険組合 理 事 長 殿					
住 所 東京都港区海岸					
請 求 者 の 氏 名 品川花子					
委 任 状					
事業主を代理人として健康保険組合より支給される埋葬料（費）または 家族埋葬料 の受取方の件を委任いたします。					
請 求 者 の 氏 名 品川花子					

被扶養者以外の方が請求する場合、記入してください。

死 亡 に 関 す る 事 業 主 の 証 明 (退職後の請求は不要)	平成 年 月 日 死亡したことを証明する。	事業主の 住 所 氏 名	
---	--------------------------	--------------------	--

※ 『埋葬料』の受給権は扶養家族または生計維持関係にあった人にあります。そういった人がいない場合には実際に埋葬（葬儀）を行った方が、領収証を添付して『埋葬費』を請求してください。

（生計依存関係とは、死亡した人の収入により生計の一部でも維持していた事実関係のこと）

※ 被扶養者以外の方が埋葬料を請求する場合、続柄を確認できる書類を添付して下さい。

※ 退職後(任継)の請求の場合、事業主の証明に代えて「死亡の証明書」を添付して下さい。

※ 時効：請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。

受付