

健保 使用 欄	支払年月日				常務理事	事務長	係長	担当	受付NO.
	資格	取得	昭和・平成・令和						
		喪失	平成・令和		死亡年月日	平成・令和 年 月 日			
		扶養認定日	昭和・平成・令和		支給額	千円			

アイシン健康保険組合 御中

記入例

☐ 被保険者
☒ 被扶養者

埋葬料請求書

被 保 險 者 (請 求 者) が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号 21	番号 12345	被保険者 氏名 ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭和 40 年 7 月 4 日 平成
	会社名・所属	〇×△□株式会社 総務部 総務G			
	死亡された方	ケンポ ハナ 健保 はな		生年月日	昭和 平成 18 年 4 月 3 日 令和
	被保険者との 続柄	本人 ・ 家族 (母)		死亡の原因 又は病名	肺炎
	死亡年月日	平成 元 年 5 月 3 日 令和		埋葬年月日	平成 元 年 5 月 5 日 令和
	請求者氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎		被保険者との 続柄	長男
	請求者連絡先 住所	〒446-0057 愛知 都道 市 府県 安城 区 〇〇〇〇 町 2-8-1		連絡先	TEL 0566-XX-〇△×〇
	●埋葬料は、給与の口座 又は 会社指定口座へ振り込みます。 本人の死亡、退職等の場合は、振込先を記入してください。				
	振込先	銀行・信用金庫・信組・農協		本・支店	普通・当座
		口座番号		口座名義人 (フリガナ)	

事業主が証明する欄	死亡者	死亡者	死亡した	平成	年	月	日死亡
	被保険者 ・ 被扶養者		氏名	年月日	令和		
	上記の通り相違ないことを証明します。						
	事業所所在地 事業所名称 代表者 ⑤ 電話 — —						

●添付書類● ※被保険者(本人)がなくなった場合に添付。被扶養者がなくなった場合は、添付なし

①請求者が被扶養者の場合： 任意継続加入者の方は、死亡診断書または、埋葬許可書(写)

②生計維持されていなかった方が申請する場合： 埋葬に要した費用の領収書

●注意事項●

この請求書は毎月8日迄に健保へ届いた分は当月の22日にお支払いいたします。
但し、同日が休日の場合は前日支払となります。
個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみに使用し、その目的以外に使用しません。

●提出ルート● 請求者 → 職場人事 → 健保組合

2019.5 改訂

