被保険者 / 家族

# 埋葬料（費）〔付加金〕請求書

◎ 記入方法については裏面の注意事項をご覧のうえご記入ください。

**請求者が記入するところ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 被保険者証の記号と番号 | 記号 3382 / 番号 21 | ② 被保険者の氏名 | 健保 太郎 |
| | | 生年月日 | (昭)・平 27 年 10 月 5 日生　満 65 歳 |
| ③ 被保険者の現住所 | 〒0×△-××××　板橋区蓮沼 ×-×-× | | |
| ④ 事業所の名称 | 株式会社 ○×出版 | | |
| ⑤ 死亡した年月日 | 2 年 3 月 23 日 | ⑥ 死亡した原因 | 胃癌 |
| ⑦ 第三者の行為によるものですか | はい / (いいえ) | | |
| ⑧ 被保険者が死亡の場合 | (ア) 埋葬した年月日　年 月 日 | (イ) 埋葬に要した費用 | 金 円 |
| | (ウ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係 | | |
| ⑨ 被扶養者が死亡した場合 | (ア) 氏名 健保 花子 | (イ) 生年月日 | (昭和) / 平成 / 令和 28 年 9 月 7 日生（満 65 歳） |
| | (ウ) 被保険者との続柄 | 妻 | |

上記のとおり請求いたします。　令和 2 年 4 月 18 日

請求者の 住所 〒0×△-×××× 板橋区蓮沼 ×-×-×
氏名 健保 太郎 ※ ⑩

出版健康保険組合　殿　　電話 03 (3960) ××××

※本人氏名を自署した場合は押印不要です。（委任状欄を除く）

**☆事業主が証明する欄**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ⑪ 死亡した者の氏名 | 健保 花子 | ⑫ 死亡した方は | 被保険者 ・ (被扶養者) |
| ⑬ 死亡した年月日 | (平成) / 令和 2 年 3 月 23 日死亡 | ⑭ 年齢 | 満 65 歳 |

上記のとおり相違ないことを証明いたします。　令和 2 年 4 月 14 日

事業所 住所 〒0×△-×××× 千代田区神田神保町×-×-×
名称 株式会社 ○×出版
事業主の氏名 千代田 太郎 ⑮ 電話 03 (3291) ××××

☆事業主の証明が受けられない場合は死亡診断書または埋火葬許可証の写しを添付してください。

**委任状**

私は 本郷三郎 を代理人と定め、令和 2 年 4 月 18 日に請求した埋葬料（家族埋葬料）及び同付加金の受領方を委任します。　令和 2 年 4 月 18 日

請求者 住所 〒0×△-×××× 板橋区蓮沼 ×-×-×
氏名 健保 太郎 ⑯

受領代理人 住所 〒0×△-×××× 千代田区神田神保町×-×-×
氏名 株式会社 ○×出版 本郷三郎 ⑰

下欄は、会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ⑱ 金融機関 | 銀行名　銀行 / 信用金庫 / 信用組合　本店 / 支店 | 口座番号 | |
| | | フリガナ | |
| | 預金種別　普通・当座 | 名義人 | |

令和　年　月　日提出

| | | |
|---|---|---|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | | ㊞ |

受付日付印

| | |
|---|---|
| 個人番号 | |

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

※個人番号を記載される場合には、①個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し）②身元確認（運転免許証又はパスポート等）の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要になります。