

健康保険

被保険者
家族

埋葬料（費）支給申請書

（記入上の注意）

1. ①は健康保険の被保険者証に書いてあります。③の被保険者（申請者）の印は、被保険者が自ら署名した場合に限り、押印を不要とすることができます。
2. ⑦の欄は、必ず具体的に（傷病名など）記入してください。
3. 被保険者が死亡したための請求であるときは⑨の欄を、被扶養者が死亡したための請求であるときは⑩の欄をそれぞれ記入してください。
4. 被保険者が死亡したために請求するときは⑨の欄を、被扶養者が死亡したために請求するときは⑩の欄を必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書及びその内訳が記載されている明細書（品目、数量、単価及び金額が明記されているもの）の原本を添付してください。
5. 死亡が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」を別に添付してください。
6. 死亡が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」を別に添付してください。

申請者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	記号 番号		② 被保険者（申請者）の氏名と印	③ 印	
	④ 被保険者（申請者）の現住所	〒 _____ 電話 () _____				
	⑤ 被保険者の勤務する（していた）事業所の名称	_____				
	⑥ 死亡した年月日	平・令 年 月 日	⑦ 死亡した原因	_____		
	⑧ 第三者の行為によって死亡したものであるか否か	ある ない	第三者の行為によって負傷したときは	第三者行為による傷病届の提出の有無		ある ない
				第三者の氏名	_____	
	⑨ 被保険者が死亡したための申請であるときは、その被保険者の		_____			
	① 氏名	② 生年月日	昭和 平成 年 月 日	③ 申請者との続柄	_____	
	④ 埋葬した年月日	平・令 年 月 日	⑤ 埋葬に要した費用	金 _____ 円 (別紙証拠書のとおり)		
	⑩ 被扶養者が死亡したための申請であるときは、その被扶養者の					
① 氏名	② 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	③ 被保険者との続柄	_____		
④ 介護保険法のサービスを受けていたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名	_____		

事業主が証明するところ	⑫ 死亡した者の氏名	_____	⑬ 死亡した者の区分	_____	被保険者 ・ 被扶養者
	⑭ 死亡した年月日	平・令 年 月 日	死亡	_____	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
⑮ 住所		_____		⑯ _____	
事業主		_____		⑰ 印	
⑱ 氏名		_____		_____	

令和 年 月 日 提出

受付日付印

東京トラック事業健康保険組合

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	令和 年 月 日				
	被保険者（申請者）	住所	_____	_____	⑱ 印
	代理人	住所	_____	_____	⑲ 印