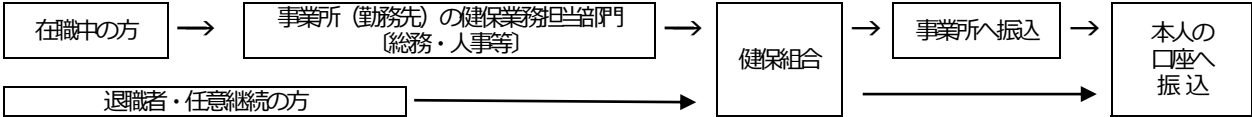


【申請から給付の流れ】



受 付 年 月 日	年 月 日
伺 年 月 日	年 月 日
決 裁 年 月 日	年 月 日

支 給 額	円
支 給 内 訳	
埋 葬 料	円
埋 葬 料 付 加 金	円
埋 葬 費	円
埋 葬 費 付 加 金	円

支 給 支 払 決 議 書	
資 格 取 得	年 月 日
資 格 喪 失	年 月 日
支 払 年 月 日	年 月 日

被保険者
家 族 埋葬料（費）・埋葬料（費）付加金請求書

① 被保険者等の 記 号 ・ 番 号			② 被保険者の勤務して いた、または勤務して いる事務所の	(7) 名 称		
				(4) 所 在 地		
③ 死 亡 し た 年 月 日	年 月 日			④ 死 亡 原 因		
⑤ 被保険者が死 亡したための 請求であると きはその者の	(7) 氏 名		(4) 埋 葬 し た 年 月 日	年 月 日	(7) 埋 葬 に 要 し た 費 用	金 円
	(5) 被保険者の(最後)の 標準報酬月額	千 円	(4) 死 亡 し た 被 保 険 者 と 請 求 者 と の 身 分 関 係			
⑥ 被扶養者が死 亡したための請求で あるときはその者の	(7) 氏 名		(4) 生 年 月 日	年 月 日	(7) 被 保 険 者 と の 続 柄	
⑦ 備 考						
⑧ 振込希望の銀行	銀行 支店（ 普 通 第 号 ）					
上記のとおり請求します。 年 月 日 千 請求者の ⑨住所 アルバック健康保険組合理事長 殿 ⑩氏名						
⑪ 委 任 状	私は 被保険者 家族 埋葬料（費） 被保険者 家族 埋葬料（費）付加 金 年 月 日 請求した 円也の受領に関すること。 年 月 日 請求者の ⑫住所 ⑬氏名 代理人の ⑭住所 ⑮氏名					

公金受取口座	【注意事項】
ご希望の方は□にレ点を記入してください	※在籍者の方は、事業主への受領委任を原則としております。 ※上記 ⑪「委任状」欄ご記入がある場合は、代理人の口座に給付します。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延する場合があります。 ☐ 注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

事業主の証明	⑩死亡した 者 の 氏 名		⑪死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 ⑬住所 千 氏名			

(注 意 事 項)

- ◆ 標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲むこと。
- ◆ ①欄の被保険者等の記号・番号は、○マイナポータル、○資格情報のお知らせ、○資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください。⑤の(エ)欄は事業主から交付された死亡当時の「賃金支払内訳票」などを見て記載すること。
- ◆ 被保険者が死亡したための請求であるときは、⑤の(ア)と(イ)と(ウ)の各欄に、また被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑥欄に記載すること。
- ◆ ⑤の(イ)と(ウ)の欄は、死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行う者が請求する場合に限り「該当せず」とし、その他の者が請求（この場合は標題の「料」の文字を抹消すること）する場合は必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書（費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること）を添えること。
尚、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
- ◆ ⑦欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときには、その資格喪失年月日を、また死亡のときが死亡の日の三ヶ月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記載すること。
- ◆ ⑧欄は請求者が直接受領するときに振込希望の銀行名を記載すること。
死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病届」をつくって、この請求書に添付すること。

(添付書類)

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写を添付して下さい。

※被保険者の方が亡くなられた際は、こちらもご提出ください。

権 利 継 承 届

(被保険者氏名)

_____の給付等の請求金額を

(承継者氏名)

_____が、継承致します。

尚、当給付金等に関し私が責任をもって相続しました。

今後私以外のものが、健保給付金等につき権利を主張するなどの紛議が生じた場合には、

私が責任をもって解決し、貴組合には一切迷惑、損害をかけません。

万一、貴組合に損害が生じたときは、私が直ちにその金額を支払います。

令和 年 月 日

住 所 〒 _____

TEL _____

承継者氏名 _____ (印)

被保険者との続柄 _____