

被保険者  
被扶養者

# 埋葬料(費)・付加金 請求書

日本レストランエンタプライズ健康保険組合

請求者記入欄	被保険者証 記号番号	—		請求者 (申請者)	(自署)	
	請求者の (申請者) 現住所	〒 — —		TEL	— —	
	被保険者の勤務し ていた、又は勤務 する事業所名	名称				
		所在地				
	死亡した 年月日	令和 年 月 日 満 歳	死亡原因 (病名)			
	第三者行為によって死亡した場合には その事実並びに第三者の住所及び氏名 (住所及び氏名が不詳であるときはその旨)					
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の					
	氏名			請求者からみた、 死亡した被保険者との身分関係		
	(注)請求者が、被扶養者であり 且つ埋葬を行った者の場合は 記入不要→※	※埋葬し た年月日	年 月 日	※埋葬に要した費用 (別紙証拠書のとおり)	円	
	資格喪失後死亡の請求の場合	取得日	年 月 日	喪失日	年 月 日	
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の						
被扶養者氏名		被扶養者の生年月日		続柄		
		昭和・平成・令和 年 月 日				
備考						

事業主 証明欄	死亡した者の 氏名			死亡した者は	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	平成・令和 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		
	事業主	住所	氏名		

委任状	⑨ この保険給付の受領を下記の者に委任します。	
	委任する者(請求者)の氏名	印
	委任を受けた者の氏名	印

受付日付印

## 《添付書類》

- 死亡診断書、死体検案書、埋葬許可証、火葬許可証、検視調書の各写し、いずれか一通
- 被保険者の死亡であって、請求者が被保険者により生計を維持されていなかった(被扶養者でなかった)場合はア・イ共に添付ア。埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳で品名、数量、単価、及び金額が明記してあること。)イ。死亡者と請求者との関係を証明する書類(住民票、戸籍謄本等) ※血縁関係にない場合は健保あて連絡のこと
- 資格喪失後死亡の請求である場合、現在加入している保険組合に埋葬料を請求できない理由を書いた書面および振込依頼 R2.5