※支給決議書																
支給年月日	令和　年　月　日							常務理事	事務局長	リーダー	担当					
支給額																
支給内訳	法定															
	付加															
								死亡年月日	平・令　年　月　日							被扶養者届
								資格	取得	昭・平・令　年　月　日						
									喪失	平・令　年　月　日						
備考																

被保険者
家　族

埋　葬　料　請　求　書

被保険者又は請求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 請求者の氏名と印	本請求により受領する家族(被扶養者)埋葬料は、事業主に委任します							㊞
③請求者の現住所	〒　TEL　(　)															
④事業所名（所属）	TEL　(　) (　)															
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	(ア)氏名	生年月日　昭・平　年　月　日						(イ)被保険者と請求者の続柄								
	(ウ)埋葬した年月日	平成・令和　年　月　日						(エ)埋葬に要した費用	円 (別紙証拠書のとおり)							
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	(ア)氏名	生年月日　昭・平・令　年　月　日						(イ)被保険者との続柄								
⑦死亡年月日	平成・令和　年　月　日							⑧死亡の原因（病名）								
⑨死亡の原因が第三者の行為によるものであるか否か	ある ない	死亡が第三者の行為によるとき	1　第三者が不明　2　第三者から埋葬料の補償がない ※第三者から補償がある場合には、健康保険組合へ埋葬料の請求はできません													
⑩被保険者が死亡したための請求であるときは請求者名義の振込先	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫	本店 支店 出張所	金融機関番号				店舗番号		口座番号							
			普通(総合) 当座		名義(カナ)											

事業主が証明するところ	
	うえのとおり相違ないことを証明します　令和　年　月　日 委任を受けた家族(被扶養者)埋葬料は、当事業主と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します 事業所　所在地 名　称 事業主　氏　名　㊞

受付日付印

＜注意事項＞

ア　②欄　被保険者が死亡したための請求の場合は請求者となるご家族等の氏名を記入して下さい

イ　⑤欄(ウ)(エ)　被扶養者または死亡した被保険者と生計維持関係のある方(妻等)が請求者である場合は記入不要です。それ以外の方が請求者である場合は記入し、埋葬に要した費用の領収書・明細書(本紙)を添付してください。

ウ　この請求書には、死亡診断書、埋葬・火葬許可証、死体検案書等の写しを添付するか、事業主の証明を受けて下さい。

エ　被保険者が死亡したための請求である場合で、請求者との関係を確認するために別途書類をご提出いただく場合があります。

オ　家族埋葬料を請求する際は、被扶養者削除の手続を行って下さい。

カ　家族埋葬料を請求する際は、必ず「事業主が証明するところ」へ押印が必要です。

日本航空健康保険組合

2019.5