

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	

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

所属事業所 担当印	印
--------------	---

被保険者
家族

埋葬料（費）請求書

① 被保険者証の 記号・番号	記号 000 番号 0000	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 株式会社〇〇〇 (4) 所在地 品川区西五反田2-2-3
③ 死亡した 年月日	XX年 XX月 XX日		④ 死亡 原因 脳血管疾患
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 健康 太郎 (5) 被保険者の(最後の) 標準報酬月額 500 千円	(4) 埋葬した 年月日	(7) 埋葬に要 した費用 金 円 (6) 死亡した被保険者と 請求者との身分関係 妻
	(7) 氏名 該当せず (4) 生年月日 昭・令 平	該当せず 年 月 日	(7) 被保険者 との続柄 該当せず
⑦ 備 考			
⑧ 振込希望の銀行	〇〇銀行 △△支店（普通 0000000 ）		フリガナ ケンコウゲンキ 口座名 健康 花子
<p>上記のとおり請求します。 XX年 XX月 X日 〒123-45 請求者の ⑨住所 〇〇県〇〇市△△町123 ポーラ・オルビスグループ ⑩氏名 健康 花子</p>			

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日	請求した 被保険者 家族 埋葬料（費） 被保険者 家族 埋葬料（費）付加 金のうち金 円也の受領に関する事。
	年 月 日	請求者の ⑬住所〒 ⑮印 ⑭氏名 ⑮印 代理人の ⑯住所〒 ⑰印 ⑱氏名 ⑰印
⑲ 振込希望の銀行	銀行 支店（普通 ）	

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。
	年 月 日 ポーラ・オルビスグループ健康保険組合理事長 殿
	受領者 ⑲住所 〒 ⑳印 ⑳氏名 ㉑印

事業主の証明	㉒ 死亡した者の氏名	㉓ 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 ㉔住所 〒 ㉖印 ㉕氏名 ㉖印		

(注 意 事 項)

ア、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。

イ、①欄は、健康保険の被保険者証を、⑤の(エ)欄は事業主から交付された死亡当時の「貸金支払内訳票」などを見て記載すること。

ウ、被保険者が死亡したための請求であるときは、⑥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、

⑤の(ア)から(ウ)の各欄に「該当せず」とし、その他の欄は洩れなく記載すること。

エ、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。

なお、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。

オ、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。

カ、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。

キ、⑨欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込希望銀行名を記入して下さい。

ク、⑩欄は、直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入して下さい。

ケ、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（死）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。

事業主が証明する場合は、「訃報の連絡」を添付して下さい。