

- 被保険者(本人)  
 被扶養者(家族)

## 埋葬料(費) 請求書

受付印

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

請求者記入欄	保険証の記号・番号	-		被保険者氏名					
	事業所	名称	所 属		(工場・支社)	(部署名)			
	死亡者の氏名		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令			
						<input type="checkbox"/> 平	年	月	日
	死亡年月日	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日							
	死亡の原因	<input type="checkbox"/> 病死 (病名: ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 第三者行為による死亡 (交通事故 または 暴行等によるもの) …別途、「第三者行為に関する書式」一式を提出して下さい。 ※第三者行為による死亡の場合は、原則 健康保険組合への埋葬料(費)の請求はできません。							
上記のとおり請求します。 ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。				請求者名義の振込銀行口座をご記入ください					
令和 年 月 日	〒 -		住所		(金融機関コード)	(店番コード)			
請求者氏名	被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )		電話番号		(フリガナ)	(フリガナ)			
					<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店			
					<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支店			
					<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 出張所			
					普通	口座番号(7桁)	フリガナ		
							名義		

事業主証明欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。						
	令和 年 月 日	事業所所在地					
		事業所名称					
		事業主氏名					Ⓜ

### 【添付書類】

死亡者	請求者	死亡診断書(写し)もしくは埋葬許可証または火葬許可書(写し)	住民票(被保険者の除票含む)	領収書(原本)	埋葬にかかった費用の明細(写し)
被保険者(本人)	① ジェイテクト健保に加入の扶養家族 被保険者により生計維持されており被扶養者であった方	●			
	② ジェイテクト健保に加入していない同居の親族 被保険者により生計維持されていたが、被扶養者ではなかった方	●	● ※1		
	③ ①②以外で実際に埋葬を行った方	●		● ※2	● ※2
被扶養者(家族)	埋葬料 被保険者(本人)が請求	●			

※1 請求者が被保険者によって生計維持されていたことを確認するため

※2 請求者のフルネームが記載されているもの