| 届書コード | | |
|---|---|---|
| 3 | 0 | 6 |

請求上及び記入上の注意

①被保険者が死亡した場合、生前に被保険者と請求者の間に生計維持関係がなかったときは埋葬費となりますから、埋葬に要した費用の領収書を添付してください。
②家族埋葬料は、健康保険上の被扶養者に関し支給します。
③事業主の証明欄への記載にかえて、市区町村長の埋葬許可証、死亡診断書の写しの添付でも結構です。
④死亡が第三者の行為によるものであれば、所定の「第三者の行為による傷病届」を提出してください。
⑤事業主の欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）を記入してください。

| 伺い年月日 | 年　月　日 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 資格 | 資格取得日 | 年　月　日 | 該当条文 | 常務理事 | 事務長 | 課　長 | 課長代理 | 係　長 | 担当者 |
| | 資格喪失日 | 年　月　日 | 法第100条<br>法第105条<br>法第113条 | | | | | | |
| | 被扶養者認定日 | 年　月　日 | | | | | | | |

| 支給決議書 | 支給額 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 備考 | 法定給付 | | | | | | |
| | | 付加給付 | | | | | | |

被保険者

# 健康保険　　埋葬料（埋葬費）・付加金　請求書

家族

| 請求者の記入する欄 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者（請求者）の氏名 | 健保　花子 | 被保険者（請求者）の住所 | 〒 422－△△△△<br>静岡市駿河区駿府１－１<br>TEL 054（○○○）△△△△ |
| 被保険者等記号番号 | 501・3001 | 事業所の名称 | いろは信用金庫 |
| 死亡した者の氏名 | 健保　太郎 | 被保険者との続柄 | 妻 |
| 死亡した日 | 令和 6 年 1 月 30 日 | 死亡原因（傷病名） | 急性心不全 |
| 埋葬費として請求する場合は埋葬を行った日 | 年　月　日 | 埋葬費として請求する場合は埋葬に要した費用の額 | 円 |
| 第三者行為の有無 | 有・無<br>※該当する方に○印を付けてください。 | | |
| 被扶養者認定後3ヶ月以内に家族分として請求する場合は認定前に加入していた保険者名及び被保険者等記号・番号 | 保険者名<br>被保険者等記号・番号 | | |
| 被保険者資格喪失後3ヶ月以内に被保険者分として請求する場合は死亡時に加入していた保険者名及び被保険者等記号・番号 | 保険者名<br>被保険者等記号・番号 | | |

| 事業主の証明欄 | | |
|---|---|---|
| 死亡者名 | | |
| 死亡年月日 | 年　月　日 | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>年　月　日<br><br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名 | | |

静岡県信用金庫健康保険組合

受付日付印

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕