伺年月日	年　月　日		
支　給　決　定　伺			
常務理事	事務長	係	係

支　給　額	￥５０，０００．-

資格取得	年　月　日
資格喪失	年　月　日

家　族　埋葬料（費）請求書

①被保険者証の記号・番号	○○・○○		② 被保険者の勤務している、または勤務していた事業所の名称		株式会社○○○		
③死亡した年月日	平成26 年 ○ 月 ○ 日			④ 死亡原因	○○○○○のため		
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				(イ) 埋葬した年月日	年　月　日	
	(ウ) 埋葬に要した費用	金　円		(エ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係			
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	三重　花子	(イ) 生年月日	明・昭・大・平	60年　5月　1日	(ウ) 被保険者との続柄	妻
⑦備　考							
⑧振込希望の銀行名	銀行　支店			(普通 当座)			

上記のとおり請求します。

平成○○ 年 ○ 月 ○ 日

請求者の 住所 三重県○○市○○町

氏名 三重　太郎 ㊞

退職者・任意継続被保険者の方は必ず記入してください

販売健康保険組合理事長様

事業主の証明	⑨死亡した者の氏名	三重　花子	⑩死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	平成26年 ○月 ○日		死　亡
	うえのとおり相違ないことを証明します。 平成○○年 ○月 ○日 事業主 住所 三重県○○市○○町 株式会社○○○ 氏名 代表取締役社長 伊勢一郎 事業主印			

委　任　状

委任する場合は忘れずに記入してください

この請求金額の受け取り方を ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ に

委任します。

平成　年　月　日

被保険者氏名印
（請求者） ㊞

（注意）請求印と委任状印は同じ印を押印してください。

（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んで下さい。

イ、被保険者が死亡したための請求であるときは、⑤の（ア）から（エ）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、⑥の（ア）から（ウ）の各欄に記載して下さい。

ウ、⑤の（イ）と（ウ）の欄は、死亡した被保険者の被扶養者以外の者が請求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。

エ、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して下さい。

オ、⑧欄は、被保険者が喪失した場合のみ、被保険者（請求者）名義の希望する振込金融機関を記載して下さい。

カ、⑨欄は、死亡が第三者の行為であるものであるときは別に「第三者行為による傷病（死）届」をつけて、この請求書に添付して下さい。

（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、検視調書の写をいずれか一部添付して下さい。