

同年月日 令和 年 月 日

支給決議書	常務理事	事務局						備考(病名コード)					
	資格関係	取得	昭和・平成・令和	年	月	日							
		喪失	昭和・平成・令和	年	月	日							
	証NO	標準報酬月額	支給金額										
			級										

*この線より上は請求者にお

代筆・代理申請不可

被保険者の死亡:被保険者
被扶養者の死亡:被扶養者に○

被保険者・被扶養者 埋葬料(費)請求書

被保険者	保険証上部に記載の記号・番号を記入		事業所の名称	在籍事業所・所属を記入(退職者は最終在籍部署)				
死亡の年月日	平成・令和	死亡日を記入	月	日	死亡の原因	死亡の原因を記入		
被保険者の死亡に 関するときは その者の	氏名	被保険者が死亡の場合に記入			埋葬に要した	* (証拠書類を添付) 被保険者が死亡の場合に被扶養者でない者が申請する場合に記入 (領収書等、金額の分かるものを添付)		
埋葬を行った年月	平成・令和	埋葬を行った日を記入	日	費用の額	円			
死亡が第三者の行為によるときは その事実並びに第三者の住所・ 氏名、不明なときはその旨	死亡が、他人の行為が原因で発生した傷病の場合は、その内容・相手の住所・氏名 不明な場合はその旨							
申請が被扶養者に 関するときはその者の	氏名	被扶養者に関する届出の場合は、対象者の氏名・生年月日・続柄(長男・長女等)						
被保険者の死亡に関する 事業主の証明	令和 年 月 日		記入不要。 は死亡したことを証明する。					
上記のとおり請求いたします。								
1. 在籍者は 3.給与振込み を選択。 退職者は 1.又は2. を選択(本人名義口座) 任継者は、健保に届け出ている口座。 * 被保険者死亡の場合は、請求者の口座		請求者の住所		令和 年 月 日				
2. 郵便局 (店番) (番号)		被保険者の住所・氏名 被保険者死亡の場合は、請求者の住所・氏名 被保険者との続柄		〒 -				
3. 給与振込み * 1, 2は退職者のみです。在籍者の方は、3を選択してください。		被保険者との続柄		(TEL)				
帝人グループ健康保険組合理事長殿								

- 被扶養者の場合は証明書類(死亡診断書の写し、もしくは埋葬許可証の写し)を添付すること。
- *の欄は、死亡した被保険者の被扶養者でない者が請求する場合に記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書を添えること。