

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	主担者

受付年月日	決定年月

埋

## 被保険者(本人)埋葬料(費) 請求書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

事業所 担当者	氏 名	電話

請求者記入欄	被保険者証の 記号・番号	被保険者氏名																																																																																																																													
	死亡者氏名	被保険者氏名に同じ										死亡者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生																																																																																																															
	死亡の年月日	平成 年 月 日																																																																																																																													
	死亡の原因	【病死及び自然死】 <input type="checkbox"/> 病死(病名: ) <input type="checkbox"/> 老衰 【不慮の外因死】 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 煙、火災及び火焰による傷害 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> その他 【その他及び不詳の外因死】 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> その他及び不詳の外因 <input type="checkbox"/> 不詳の死																																																																																																																													
	第三者行為に よる死亡ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	第三者行為に よる死亡の場合	<input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から埋葬料(費)の補償がない (第三者から埋葬料(費)の補償がある場合は健康保険組合への埋葬料(費)請求はできません)																																																																																																																											
	請求者は被保険者 に生計維持(注1) されていましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「いいえ」の場合、埋葬を 行った年月日及び埋葬に 要した費用の額(注2)	年 月 日										円																																																																																																																	
	注1: 被保険者に生活の一部でも維持されていたら、被扶養者でない遺族や他人でも「はい」に✓を入れる 注2: 葬儀代、霊柩車代、霊前供物代、僧侶への謝礼などで、飲食代、香典返しは含まない																																																																																																																														
	上記のとおり請求します。																																																																																																																														
	請求者名義の振込銀行口座をご記入ください																																																																																																																														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="10">(フリガナ)</td> <td colspan="6">(フリガナ)</td> </tr> <tr> <td colspan="10">(金融機関コード)</td> <td colspan="6">(店番コード)</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="checkbox"/> 銀行</td> <td colspan="6"><input type="checkbox"/> 本店</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="checkbox"/> 信用金庫</td> <td colspan="6"><input type="checkbox"/> 支店</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="checkbox"/> ( )</td> <td colspan="6"><input type="checkbox"/> 出張所</td> </tr> <tr> <td colspan="10">普通</td> <td colspan="6">フリガナ</td> </tr> <tr> <td colspan="10">口座番号</td> <td colspan="6">名義</td> </tr> </table>																(フリガナ)										(フリガナ)						(金融機関コード)										(店番コード)						<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										フリガナ						口座番号										名義				
(フリガナ)										(フリガナ)																																																																																																																					
(金融機関コード)										(店番コード)																																																																																																																					
<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										フリガナ																																																																																																																					
口座番号										名義																																																																																																																					
◆請求者名義の口座がない場合の委任欄◆																																																																																																																															
上記の給付金の受領を_____に委任します。																																																																																																																															
平成 年 月 日 請求者氏名 ㊟																																																																																																																															

事業主証明欄	この請求内容が正しいことを証明します。														
	平成 年 月 日 事業所所在地														
	事業所名称														
事業主氏名 ㊟															

健保記入欄	SEQ	本人・家族	傷病コード	死亡の傷病名										死亡年月日			支給決定額
		本人												年	月	日	円
備考欄																	

### < 添付書類 >

- ① 埋葬料(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による請求)  
・添付書類不要
  - ② 埋葬料(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による請求)  
・請求者が被保険者によって生計を維持されていたことが確認できる書類(被保険者の世帯全体の住民票(原本)や送金証明(写し)など)
  - ③ 埋葬費(①、②以外で実際に埋葬を行った方による請求)  
・埋葬に要した費用の領収書(原本で請求者のフルネームが記載されたもの)  
・埋葬に要した費用の明細書  
・請求者以外で、被保険者と生計維持関係があった方が他にいなかった事を確認できる書類(被保険者の世帯全体の住民票など(原本))
- ※ 被保険者に生計維持されていた方がおられる場合は埋葬料(①、②)が支給され、被保険者に生計維持されていた方がおられない場合のみ、埋葬費(③)が支給されます。①、②に該当する方がおられる場合、③の請求はできません。