

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

家族(被扶養者)埋葬料 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		
被 保 険 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	死亡者の 生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生	
	死亡の年月日	平成	年	月	日			
	死亡の原因	<input type="checkbox"/> 病死及び自然死 <input type="checkbox"/> 病死(病名: _____) <input type="checkbox"/> 老衰 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)				
	上記のとおり請求します。				<input type="checkbox"/> 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。			
	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)			
	住 所	住所		(フリガナ) _____ (フリガナ) _____ (金融機関コード) _____ (店番コード) _____				
	被保険者氏名 (請求者氏名)	被保険者氏名		<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				
	電 話	電話		普通 _____ フリガナ _____ 口座番号 _____ 名義 _____				

※請求者名義の口座に限る

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所定の方法で受け取ります。					
	平成	年	月	日	事業所所在地	
	受任者			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
	備考欄	家族			年 月 日	50,000 円

<添付書類>

家族埋葬料(被扶養者の死亡) ・右記の「死亡日が確認できる書類」のいずれか1つ	【死亡日が確認できる書類】 ・埋火葬許可書、死亡診断書、死体検案書、検視調書、死亡者の戸籍(除籍)謄(抄)本のいずれかの(写)
---	---

※ 保険給付決定通知書は、パナソニック健保のホームページ・加入者専用webサービス『いきいき健康ナビゲーション』でご確認いただけます。