住友重機械健康保険組合 理事長 殿

被保険者 → 事業所健保担当者 → 健保

健康保険　　被保険者 ・ 家族

埋葬料（費）請求書

健保使用欄	受付年月日
受付 令和　年　月分	
支払年月日 令和　年　月　日	

この請求書に合わせてご提出ください。

・死亡診断書または埋葬許可証等の写し

・権利継承届兼誓約書(被保険者死亡の場合のみ)

※被保険者が死亡の場合で被扶養者以外の方が請求する場合は
下記①または②の状況について、該当する方を合わせてご提出ください。

①被保険者により生計維持された方が請求する場合は、全部事項証明書をご提出ください。
（上記で被保険者との間柄を証明できない場合は、健保組合までご連絡ください。）

②生計維持関係がない方が請求される場合は、下記確証をご提出ください.
・領収書原本（宛名は埋葬費請求者フルネーム記載）・内訳の記載された明細書等

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

請求者情報	被保険者等 記号・番号	記号		番号		請求者氏名	
	生年月日	□ 昭和 □ 平成	年	月	日	請求者 住所	〒
	事業所名					電話番号	日中連絡がとれる番号

請求内容	死亡した方の氏名		生年月日 性別	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	性別 □ 男 □ 女
	被保険者から見た 続柄		死亡年月日	令和　年　月　日	
	死亡原因				
	第三者行為に よるものですか	□ いいえ　□ はい			
	被保険者が死亡した場合のみ下記ご記入ください。				
	死亡した被保険者と 請求者の続柄		※健保使用欄		
	振込先 金融機関名	□ 銀行　□ 農協 □ 金庫　□ その他	□ 本店　□ 出張所 □ 支店	□ 普通 □ 当座	
	口座番号		口座名義 ※カタカナで記入		
	※被保険者が死亡し生計維持関係がない方が請求される場合は、埋葬に要した費用の額と埋葬年月日をご記入ください。				
	埋葬に要した 費用の額	円	埋葬年月日	令和　年　月　日	

事業主証明欄	被保険者が死亡した場合のみ下記ご記入ください。			
	死亡した方の氏名		死亡年月日	令和　年　月　日
	上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日 事業主 所在地 名称 氏名			

委任状	私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。 ※被保険者死亡の場合は記入不要です。		
	被保険者 (申請者)	氏　名 （自署）	令和　年　月　日 ※自署できない場合は捺印が必要です。
	代理人 (事業主)	所在地 名　称 氏　名	