

被保険者が死亡した場合の記入例

健康保険

被保険者 家族

埋葬料(費)請求書

事業所担当者印を忘れずに

①該当項目を記入

押印を忘れずに

事業所担当者印 印 申請する方の氏名 被保険者名 委任状の欄は記入押印不要です。 振込先を記入してください	被保険者証の		③生 年 月 日				①該当項目を記入							
	①記号	②番号	昭 和	年	月	日								
	5	2 0 2 8 9 9 9	平 成	5 5	0 5	0 5								
	④被保険者の(請求者)氏名と印	(フリガナ) ケンボ ハナコ	事業所の名称	コスモ石油(株)										
	健保 花子		所在地	東京都港区芝浦1-1-1										
	被保険者の(請求者)住所	郵便番号 105-0014	(フリガナ) トウキョウトミナトクシバ1チョウメ10バン11バン	(電話番号)				03-3798-XXXX						
	住 所	東京都港区芝一丁目10番11号												
	死亡した年月日	平成	〇〇	年	0 5	月	0 1	日	死亡原因	△△△△				
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、その方の	⑥被扶養者氏名	該当なし				⑦生年月日	明 治 正 和 平 成	年	月	日	⑧被保険者との続柄		
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その方の	⑨被保険者氏名	健保 太郎				⑩被保険者と請求者の身分関係	妻		⑪被保険者の標準報酬月額	620 千円			
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その方の	⑫埋葬した年月日	平成	〇〇	年	0 5	月	0 2	日	⑬埋葬に要した費用の額	不明な場合には記入しないでください 円				
資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の	被扶養者がコスモ石油健康保険組合の資格を取得して6ヶ月以内の場合は資格を取得する直前の被保険者証の	保険者名、記号および番号 電話番号	(備考)		保険者名	記号 一 番号	電話番号							
委任状	コスモ石油健康保険組合理事長殿 上記のとおり申請いたします。 上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。 被保険者 住所 東京都港区芝一丁目10番11号 氏名 健保 太郎													

支払金融機関の欄	⑭	銀行 金庫 農協	本店	⑮ 普通 当座	口座番号							
	××		支店		1	1	2	2	3	4	5	6
口座名義	(フリガナ) ケンボ ハナコ	健保 花子										

事業所での証明

事業主が証明する欄	者の氏名	死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成	年	月	日死亡
	⑯ 上記のとおり相違ないことを証明する。							
	事業主	住所 〒	提出	年	月	日		
氏名	⑰ 電話		()	番				

	支 給 金 額					提出	年	月	日
法定給付									
付加給付									
合 計									

コスモ石油健康保険組合

常務理事	事務長	係

添付書類 (下記書類いずれか一通)

- ①市町村長の埋葬許可証
又は火葬許可証のコピー
- ②死亡診断書、死体検案書
又は検死調書コピー



証明書の添付を

被扶養者が死亡した場合の記入例

事業所担当者印を忘れずに

健康保険

被保険者
家族

埋葬料(費)請求書

被扶養者の埋葬料請求に際しては、下段の添付書類が必要です

押印を忘れずに

事業所担当者印 印 被保険者の氏名 亡くなった方の氏名 該当項目を入力	被保険者証の		③生 年 月 日			
	①記号	②番号	昭和	年	月	日
	5	2028999	平成	55	05	05
	④被保険者の(請求者)氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ	事業所の名称	コスモ石油(株)		
	健保 太郎	印	所在地	東京都港区芝浦1-1-1		
	被保険者の(請求者)住所	郵便番号 105-0014	(フリガナ) トウキョウトミナトクシバ1チョウメ10バン11バン	(電話番号) 03-3798-XXXX		
	住所	東京都港区芝一丁目10番11号				
	死亡した年月日	平成 〇〇 年 月 日	死亡原因	△△△△		
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、その方の	⑥被扶養者氏名	⑦生年月日	明治 昭和 平成	年 月 日	⑧被保険者との続柄
	健保 花子	55 06 06	妻			
被保険者が死亡したための請求であるときは、その方の	⑨被保険者氏名	⑩被保険者と請求者の身分関係	⑪被保険者の標準報酬額	千円		
該当なし	⑫埋葬した年月日	⑬埋葬に要した費用の額	円			
資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の		保険者名、記号および番号	電話番号			
被扶養者がコスモ石油健康保険組合の資格を取得して6ヶ月以内の場合は資格を取得する直前の被保険者証の		(備考)				
委任状	コスモ石油健康保険組合理事長殿		平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
上記のとおり申請いたします。						
上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。						
被保険者	住所	東京都港区芝一丁目10番11号				
氏名	健保 太郎					

被保険者の氏名

亡くなった方の氏名

該当項目を入力

任意継続被保険者以外の方はもれなく委任状が必要です。記入押印を忘れずに。

⑰ 支払金融機関の欄	銀行 金庫 農協	本店 支店	⑱ 普通当座	口座番号
	口座名義	(フリガナ)		

事業所での証明 事業主が証明する欄	有の氏名	死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成 年 月 日死亡
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明する。				
	事業主	住所 〒	提出	年 月 日	年 月 日
	氏名	⑳ 電話	()	番	

	支 給 金 額
法定給付	
付加給付	
合 計	

コスモ石油健康保険組合

常務理事	事務長	係

提出 年 月 日

添付書類(下記書類いずれか一通)

- ①市町村長の埋葬許可証
又は火葬許可証のコピー
- ②死亡診断書、死体検案書又は検死調書コピー

