

健康保険 被保険者/家族 埋葬料(費)請求書

事業所担当者印	被保険者証の		③生 年 月 日				
	①記号	②番号	昭和 平成	年	月	日	
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	④被保険者の (請求者) 氏名と印		(フリガナ)		⑤	事業 名称 所在地	
	被保険者の (請求者) 住所		郵便番号	—	(フリガナ)		(電話番号)
	死亡した年月日		令和	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	昭和 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		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
	⑫埋葬した 年月日		令和	年	月	日	⑬埋葬に要し た費用の額
	老人保健法の医療 を受けていたとき		⑭区市町村番号		⑮受給者番号		⑯発行機関名
	資格喪失後家族の被扶養者となつた ときは、その被保険者証の		被保険者名、 記号および 番号 電話番号		保険者名		記号 一 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)		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 氏名					平成 年 月 日
支払金融機関の欄	⑰		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)				
主が証明する欄	事業	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者 被扶養者	死亡した 年月日	令和 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 〒 — 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

【添付書類】

提出

年

月

日

埋葬料請求（下記のいずれか1つ）

- ・埋葬許可証または火葬許可証のコピー
- ・死亡診断書、死体検案書等のコピー
- ・亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本
※本人死亡の場合は⑨に記載あれば不要



埋葬費（下記両方の原本）

- ・領収書原本（支払者のフルネームおよび埋葬に要した費用額が記載されたもの）
- ・埋葬に要した費用の明細書