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　　が　　記　　入　　す　　る　　と　　こ　　ろ** | **被保険者証の** | **③生 年 月 日** |  |  |  |  |
|  | **①記号** | **②番号** | **昭和****平成** |  | **年** |  | **月** |  | **日** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **④****被保険者の****（請求者）****氏名と印** | **（フリガナ）** | **事業所の** | **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** |  | **⑤第三者の行為によるものですか** |
| **いいえ　・　はい** |
|  | **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****令和** |  | **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** **月額** | **千円** |
|  |
|  | **⑫埋葬した****年月日** | **令和** |  | **年** |  | **月** |  | **日** | **⑬埋葬に要し** **た費用の額** | **円** |
|  |
|  | **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** | **保険者名** | **記号　－番号** | **電話番号** |
|  |  |  |  |
|  | **（備考）** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **委任状** | **コスモ石油健康保険組合理事長殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　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****氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞** |

 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **支払金融機関の欄** | **⑰****本店****支店****銀行****金庫****農協** | **⑱****普 通****当 座** | **口座番号** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **口座名義** | **（フリガナ）** |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **事業主が証明する欄** | **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。****年　　　　　　月　　　　　　日****住　　　所　　〒　　　 　　－****事業主****氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　（　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　番** |
|  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | **支　　給　　金　　額** |  | **提出　　　　　年　　　　月　　　　日** |
|  | **法定給付** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **【添付書類】****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⑲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** | **付加給付** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常務理事事務長係**コスモ石油健康保険組合** | **合計** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

被保険者

家　　　族