

請求者の記入するところ	(1) 被保険者証の記号と番号	(記号) (番号)	(2) 請求者の氏名と印	(3) 印	
	(4) 請求者の現住所	〒 TEL			
	(5) 被保険者の勤務していた又は勤務する事業所の名称			(6) 所属部課名	
	(7) 死亡した年月日	令和 年 月 日		(8) 死亡した原因	
	(9) 被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の				
	(イ) 氏名	(ロ) 埋葬した年月日	令和 年 月 日	(ハ) 埋葬に要した費用	金 円 (別紙証拠書のとおり)
	(ニ) 被保険者の(最後の)標準報酬等級		等 級	(ホ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係	
	(10) 被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の				
	(イ) 氏名	(ロ) 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	(ハ) 被保険者との続柄	

令和 年 月 日提出

委任状	(11) 私は 年 月 日請求した埋葬料(費)・埋葬料付加金のうち 金 円也の受領に関すること。 令和 年 月 日 被保険者の住所 (請求者) 氏名 代理人の住所 氏名				印
	(12) 振込希望の金融機関名	() (フリガナ) 銀行 支店	(13) (フリガナ) 口座名義人		

注) 本請求に基づく給付金については、請求者本人が指定する本人の銀行口座に振込みます。但し、給付金の受領を第三者に委任する場合は、委任状欄に記入、捺印して提出してください。

昭和シェル健康保険組合	死亡した者の氏名	死亡した者は被保険者ですか	被保険者・被保険者でない	
	死亡した年月日	令和 年 月 日 死亡		
	上のおお相違ないことを証明します 令和 年 月 日 〒 事業主名 住所 及び所在地 氏名			

健康保険法施行規則第 59 条、第 60 条、第 63 の 4 により
被保険者および家族の埋葬料(費)を請求するときは市区町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書又は検視調書の写のいずれかの証明書を添付する

注 1 太い枠の中は(9)の(三)を除き、すべて申請者が記入する。

注 2 被扶養者の死亡の場合は被扶養者異動届を添付する。

注 3 保険証を添付する。

埋葬料付加金請求書

被 保 険 者 証 の 号 記 号 及 び 番 号	第 号		
事 業 所 の 名 称			
死 亡 し た 被 保 険 者 の 氏 名			
死 亡 の 年 月 日	令和	年	月 日
死 亡 し た 被 扶 養 者 の 氏 名			
死 亡 の 年 月 日	令和	年	月 日
被 保 険 者 と の 続 柄			
銀行口座名	(フリガナ) 銀行	口座番号	
口座名		(フリガナ) 名義人	

被保険者が死亡したための請求の場合は、振込先を最新のものとしてください。

上記によって金 円を請求する

令和 年 月 日

昭和シェル健康保険組合理事長殿

〒

請求者の住所

電話番号 () ー

氏名及び印

被保険者との続柄

