

常務理事	事務長	調 査	G L	担 当

# 被 保 険 者 被 扶 養 者 埋 葬 料 ( 費 ) ・ 付 加 金 請 求 書

三菱マテリアル健康保険組合

(注意事項)

5. 4. 3. 2. 1.

この請求書に記入するところは、被保険者、被扶養者の別、および、(1)の①の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑦、⑧(1)の②、⑤(2)の④、⑥の欄は、死亡した被保険者の被扶養者として埋葬を行うものが請求する場合は記入不要ですが、その他の者が請求(この場合は、標題の「料」の文字を抹消すること)する場合は、必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書の写(費用の内訳として品名、数量、単価および金額が明記してあること)を添付してください。

資格喪失後に請求する場合、⑧の欄余白部分に請求者の振込口座を記入してください。

この請求書に記載の個人情報については、この請求書は、事業主を經由して請求し、給付金が支払われることに同意されたものとして処理します。

請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号 番号	② 請求者の 氏名と生年月日	S・H 年 月 日			(印)
	③ 被保険者の 現住所	(郵便番号)	— (電話番号)			
	④ 事業所の名称					
	⑤ 死亡した方の 死亡年月日	平成 年 月 日	⑥ 死亡原因	⑦ 第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者行為届」を提出してください。		
	⑤-(1) 家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき					
⑦ ご家族の氏名		⑧ 生年月日	S・H 年 月 日	⑨ 被保険者の続柄		
⑩ 亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。			保険者名			
			記号・番号			
⑤-(2) 被保険者が死亡したための申請であるとき						
⑦ 被保険者の氏名		⑧ 被保険者から見た申請者との身分関係				
⑨ 埋葬した年月日		平成 年 月 日	⑩ 埋葬に要した費用の額	円		
⑪ 亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。			保険者名			
			記号・番号			
⑫ 上記給付金の受領方を右の者に委任します。						
平成 年 月 日		住所				
		事業所名				
被保険者氏名		(印) 代理受領者		(印)		
事業主が証明するところ	⑬ 死亡した者の氏名		⑭ 死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		
	⑮ 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します。					
平成 年 月 日		住所				
		事業主 氏名		(印)		
		(電話番号)				
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)						
備考欄						

受付日付印