

提出先：社員⇒人事担当者⇒小野薬品健康保険組合

被保険者
被扶養者 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

被 保 險 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証	記号	番号	事業所の名称			
	② 死 亡 し た 年 月 日	令和 年 月 日		③ 死亡原因			
	④ 被保険者が死亡したための 請求であるときはその者の	(ア) 氏名			(イ) 死亡した被保険者と 請求者との身分関係		
	⑤ 被扶養者が死亡したための 請求であるときはその者の	(ア) 氏名	(イ) 生年 月 日	年 月 日	(ウ) 被保険者 との続柄		
	⑥ 備 考						
	⑦ 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 小野薬品健康保険組合理事長 殿	〒 - 住所 請求者の 氏名					
	⑧ 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名	※ 会社を介して給付金を給与口座に振り込むために必要ですので必ず署名下さい。 ※ 但し、被保険者以外の請求者、任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です。					

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑨ 死亡した者の氏名		⑩ 死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者
	⑪ 死亡した年月日	令和 年 月 日			
	⑫ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所 在 地 事 業 所 名	⑬			

(添付書類)

- 死亡診断書又は埋火葬許可証(何れも写しで可)。
但し、被保険者が死亡した場合、事業主の証明があれば不要。

健 保 組 合 使 用 欄		
常務理事	事務長	担当者

(注 意 事 項)

- ア、 標題の「被保険者」、「被扶養者」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲むこと。
- イ、 ①欄は、健康保険の被保険者証を見て記載すること。
- ウ、 被保険者が死亡したための請求であるときは、⑤の(ア)と(イ)と(ウ)の各欄に、また、被扶養者が死亡したための請求であるときは、④の(ア)と(イ)の各欄に「該当せず」とし、その他の欄は洩れなく記載すること。
- エ、 ⑥欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときには、その資格喪失日を、また死亡のときが死亡の日の三カ月前まで健康保険で療養を受けていたときは、その傷病と健康保険による療養の開始日などを記載すること。
- オ、 死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病(死)届」をつくって、この請求書に添付すること。