

受付年月日	年 月 日
伺 年 月 日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日

支給支払決議書			
常務理事	事務長	係	係
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

支給額	円	
支給内訳	埋葬料	円
	埋葬料付加金	円
	埋葬費	円
	埋葬費付加金	円

**被保険者 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書**  
家族

被保険者等 記号・番号	第 号	被保険者の勤務して いた、または勤務して いる事務所の	(7) 名称	
死亡した 年月日	年 月 日	(1) 埋葬した 年月日	和暦 年 月 日	(9) 埋葬に要 した費用 金 円
被保険者が死亡したための 請求であるときはその者の	(7) 氏名	(1) 被保険者の(最後の) 標準報酬月額	千 円	(4) 死亡した被保険者と請 求者との身分関係
被扶養者が死亡した ための請求であるときはその者の	(7) 氏名	(1) 生年 月日	和暦 年 月 日	(9) 被保険者 との続柄
老人保健法の 医療を受けて いたとき	市町村 番 号	受給者 番 号	発 行 機 関 名	
備 考				
振込希望の銀行	銀行	支店( 普通 第 号)	口座名義人カタカナ	
上記のとおり請求します。 年 月 日 円 請求者の 住所 ファイザー健康保険組合理事長 殿 ⑩氏名				

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日	請求した 被保険者 埋葬料(費) 被保険者 埋葬料(費)付加金のうち金 円也の受領に関すること
	年 月 日	請求者の ⑬住所 ⑭氏名
		代理人の ⑮住所 ⑯氏名

⑩振込希望の銀行	銀行	支店( 普通 第 号)	口座名義人カタカナ
----------	----	-------------	-----------

⑱領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 ファイザー健康保険組合理事長 殿 円 受領者 ⑰住所 ⑲氏名
------	---

事業主の証明	(21)死亡した者の氏名	(22)死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 (23)住所 〒 事業主 (24) (25)氏名		

(注 意 事 項)

- ア、 標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲むこと。
- イ、 欄は、健康保険の被保険者証を、 の(I)欄は事業主から交付された死亡当時の「賃金支払内訳票」など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、 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、⑤の(ア)から(オ)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、 の(イ)と(ウ)の欄は、死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行う者が請求する場合に限り「該当せず」とし、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（費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること）を添えること。  
なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
- オ、 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、その資格喪失年月日を、また死亡のときが死亡の日の三ヶ月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記載すること。
- カ、 欄は請求者が直接受領するときに振込希望の銀行又は郵便局を記載すること。
- キ、 ⑰欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込希望銀行名又は郵便局名を記入して下さい。
- ク、 ⑱欄は、直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入して下さい。
- ケ、 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。

(添付書類)

請求書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写を添付してください。