届書コード	※支給決定・支出決議書						常務理事	部 長	課 長	主 任	担当者
6 3 3	決定日	年 月 日		支給日	年 月 日						
資格関係照合	取得	強制	年 月 日	喪失	強制	年 月 日					
		任継	年 月 日		任継	年 月 日					

死亡年月日	年 月 日	被保険者死亡喪失届処理日	・ ・	支給決定額 (要¥マーク・訂正不可)	拾万	万	千	百	拾	円
標準報酬月額	千円	被扶養者死亡喪失届処理日	・ ・							
被扶養者認定日	・ ・	他保険者からの受給権	有 ・ 無							

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）請求書

ア 請求者が被扶養者以外のときは、死亡した被保険者との身分関係が証明できるものを添付してください。
イ 請求者（埋葬を行った者）が、死亡した被保険者との間に全く生計維持関係のなかった者であるときは、埋葬に要した費用（霊柩車代、埋火葬代、葬式の乗物代および僧侶の謝礼等）の領収書の添付が必要です。

請求者が記入するところ

被保険者等の記号・番号		被保険者または被保険者であった者の生年月日	被保険者が勤務している または勤務していた事業所の名称
		昭・平 年 月 日	

死亡した年月日	年 月 日	埋葬年月日	年 月 日	※請求者区分	1 本人 2 被扶 3 家族 4 他
死亡の原因		第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい		
被保険者が死亡したとき 氏名		死亡した被保険者と請求者の続柄			
被扶養者が死亡したとき 氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者との続柄	※扶番
イ．資格喪失後、家族の被扶養者となった時は、その健康保険証の →		保険者名		日雇特例被保険者として支給を受けたときはその額	
ロ．被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の健康保険証の →		記号/番号		円	
備考欄		被保険者等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。）			

上記のとおり請求します。 〒

被保険者の住所（請求者） ----------

氏 名 ----------

令和 年 月 日 電 話（ ） ―

大阪ニット健康保険組合理事長 殿

被保険者が在職中のとき	被保険者が退職しているとき			
領収委任状 この給付金の領収方を私の勤務する事業所事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名	給付金振込口座	1. 振込 2. 当地	金融機関コード	
		金融機関名	銀行 支店	
		預金種別	普通	口座番号
		口座名義人（カナ）		

事業主が証明するところ

死亡した者の氏名		死亡した者	1．被保険者 2．被扶養者	死亡年月日	平成 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

事業所名称

所 在 地

事業主氏名

電 話（ ） ―

（注）死亡に関する証明書として、埋・火葬許可証の写か死亡診断書の写又は、上記事業主の証明のいずれかが必要です。