

記入 さない で	決定金額					常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者				
	埋葬料(費)													
	取得	昭和 平成 令和	年	月	日	喪失	平成 令和	年	月	日	被扶養者 認定	昭和 平成 令和	年	月

1 被保険者  
2 家族

## 埋葬料(費) 請求書

記入上の注意

1 事業主または医師の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写し等を添付してください。  
 2 埋葬費の場合とは、埋葬する遺族がいなくて他の者が埋葬した場合のことです。この場合、埋葬に要した費用の領収書を添付してください。  
 3 捺印もれないようにしてください。なお、訂正したときは、それぞれの記入者は氏名の末尾に押した印を訂正印として押してください。

請求者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	記号	番号	被保険者の氏名	生年	1昭 2平	年	健保担当			
	請求者の現住所	〒						課長			
	被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の	名称							係長		
		所在地									
	死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡した原因			係員		
	被保険者が死亡したための請求であるときは				死亡した被保険者と請求者との関係						
	埋葬を行った年月日	令和	年	月	日	埋葬費の場合は埋葬に要した費用	金	円也			
	被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の				氏名				別紙領収書のとおり		
					生年	1昭 2平 3令	年	月		日	生
	死亡が第三者の行為によるものであるときはその事実、第三者の住所氏名(不詳であるときはその旨)										
うえによって <u>埋葬料(費) 金</u> 円を請求します											
令和 年 月 日											
請求者 氏名 印											
小田急グループ健康保険組合理事長殿											
うえの決定金額の受領方を <u>職名</u> に委任します											
令和 年 月 日											
受領者 氏名 印											
小田急グループ健康保険組合理事長殿											

請求者印

事業主または医師が証明するところ	死亡した者の氏名				死亡した年月日	令和	年	月	日
	うえのとおり相違ないことを証明します								
令和 年 月 日									
事業主			住所						
医師			氏名			印			
			電話						

2019.5

受付日付印