

資格取得日	平成・令和	年	月	日
資格喪失日	令和	年	月	日
扶養認定日	平成・令和	年	月	日
支給内訳	法定	円		
	付加	円		
支払年月日	令和	年	月	日

支給支払決議書				
常務理事	事務長	経理担当	給付担当	適用担当
備考				

受付日付印

- [1] 被保険者
 被扶養者

埋葬料(付加金)請求書

被 保 險 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	[2] 被保険者証の 記号 - 番号	—			[3] 事業所名					
	[4] 被保険者の氏名				[5] 被保険者の 生 年 月 日	平成・昭和	年	月	日	
	[6] 死亡者の氏名				[7] 死亡者の 生 年 月 日	平成・昭和	年	月	日	
	[8] 死亡日	令和	年	月	日	[9] 死亡原因				
	[10] 埋葬日	令和	年	月	日	[11] 第三者の行為に よる負傷であるか否か	あ る ・ な い			
	[12] 被保険者が死亡 した場合 請求者の氏名				[13] 被保険者からみ た 請求者との身分関係					
	[14] 被保険者名義の 振込先金融機関 ※被保険者死亡の場 合は請求者名義の口 座	預金 種別	1 普通 2 当座	銀行 信金 金庫 農協			本店 支店 出張所	口座名義 (フリガナ) (名義)		
		支店 コード		口座番号						
	<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p>被保険者 住所 (請求者) 氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: right;">TEL</p> <p style="text-align: right;">ひかり健康保険組合理事長 殿</p>									

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	[15] 死亡者の氏名				[16] 死亡者	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者			
	[17] 死亡日	令和	年	月	日				
	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p>住所</p> <p>事業主 名称</p> <p style="text-align: right;">氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: right;">TEL</p> <p style="text-align: right;">ひかり健康保険組合理事長 殿</p>								

【添付書類】

<事業主の証明を得ずに請求する場合>

- 「埋葬(火葬)許可証」「死亡診断書(死体検案書)」のいずれかの写し

<被保険者死亡時に被扶養者以外が申請する場合>

- 埋葬に要した費用についての「領収書」(写し)など
- 被保険者との関係が分かるもの・住民票など

記入例

【記入する際の注意】

- 黒のボールペンで記入してください。 ※鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いてご本人の印鑑を押してください。

例) 〒 × × × - △△△△ 

資格取得	平成・令和	年	月	日	支給	支払	決議	書					
資格喪失	令和	年	月	日	堂務理事	事務長	経理担当	給付担当	適用担当				
扶養認定日	平成・令和	年	健康保険組合の記入欄										
支給内訳	法定												
	付加												
支払年月日	令和	年	月	日	備考			受付日付印					

- 被保険者
 被扶養者

埋葬料(付加金)請求書

被 保 険 者 の 請 求 者 が 記 入 す る こ ろ	[2] 被保険者証の 記号 - 番号	1 — 12345	[3] 事業所名	株式会社 □△通信		
	[4] 被保険者の氏名	光 太郎	[5] 生年月日	平成	昭和 49 年 10 月 31 日	
	[6] 死亡者の氏名	光 幸子	[7] 生年月日	平成	昭和 50 年 9 月 11 日	
	[8] 死亡日	令和 5 年 4 月 30 日	[9] 死亡原因	心不全		
	[10] 埋葬日	令和 5 年 5 月 3 日	[11] 第三者の行為による 負傷であるか否か	あ る ・ な い		
	[12] 被保険者が死亡した 場合請求者の氏名		[13] 被保険者からみた 請求者との身分関係			
	[14] 被保険者名義の 振込先金融機関 ※被保険者死亡の場 合は請求者名義の口座	預金種別	1 普通 2 当座	銀行 信金 金庫 農協	本店 支店 出張所	口座名義 (フリガナ)
		支店 コード	4 5 6	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	ヒカリ タロウ (名義)
	上記のとおり申請します。					
	令和 5 年 5 月 20 日 〒 × × × - △△△△					
被保険者 住所 東京都豊島区〇〇町 × × × - △△ (請求者) 氏名 光 太郎  TEL 090 - 〇〇〇〇 - × × × ×						
ひかり健康保険組合理事長 殿						

[1] 該当者を選択

[2] 記号と番号
[3] 事業所名は
保険証に記載され
ています

[12]と[13]は
被保険者の死亡に
関する申請の際に
記入してください

が 証 明 す る こ ろ	事業主の記入欄		[16] 死亡者	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者
	光 幸子		5 年 4 月 30 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。				
令和 5 年 5 月 23 日 〒 □□□-〇〇〇〇				
住所 東京都豊島区〇〇町△△-××				
事業主 名称 株式会社 □△通信				
氏名 代表取締役 健康 太郎 				
TEL 03 - □□□□ - × × × ×				
ひかり健康保険組合理事長 殿				