

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] 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						
	上記のとおり申請します。									
	令和 年 月 日 〒 被保険者 住所 (請求者) 氏名 TEL									
ひかり健康保険組合理事長 殿										

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

【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) 〒 × × × - 〇〇〇〇

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	長	給付担当	
扶養認定日	平成・令和	年	健康保険組合の記入欄						適用担当
支給内訳	法定								令和
支払年月日	令和	年	月	日	備考	受付日付印			

[1] 該当者を選択

- 被保険者
- 被扶養者

埋葬料(付加金)請求書

[2] 記号と番号
健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書に記載されています

[2] 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・昭利 49 年 10 月 31 日
[6] 死亡者の氏名	光 幸子	[7] 生年月日	平成・昭利 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	三菱UFJ 銀行 信金 金庫 農協	本店 口座名義 支店 (フリガナ) 池袋西口 出張所 (名義) ヒカリ タロウ
支店コード	4 5 6	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 光 太郎

[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

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

事業主の記入欄

光 幸子

5 年 4 月 30 日

[16] 死亡者 被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者

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