

1 健康保険

被保険者  
家族

埋葬料(費)請求書

被 保 険 者 又 は 請 求 者 記 入 欄	記号	番号	被保険者氏名	所 属			
	1 2 3 4	1 2 3 4 5 6 7	健保 太郎	K A I T E K I 健康社			
	死亡者 <input type="checkbox"/>	被保険者 <input checked="" type="checkbox"/>	死亡者氏名	続柄	母	生年月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日
	死亡日	令和 5 年 5 月 2 日	死亡の原因	心不全			
	埋葬日	令和 5 年 5 月 5 日	死亡の原因	心不全			
	死亡日	令和 5 年 5 月 2 日	死亡の原因	心不全			
	埋葬日	令和 5 年 5 月 5 日	死亡の原因	心不全			
	死亡日	令和 5 年 5 月 2 日	死亡の原因	心不全			
	埋葬日	令和 5 年 5 月 5 日	死亡の原因	心不全			
	死亡日	令和 5 年 5 月 2 日	死亡の原因	心不全			

令和 5 年 5 月 30 日提出

※ 注意

- 除籍抄本または、市町村長の埋葬許可証若しくは火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書若しくは検視調査の写の中から一部を添付してください。
- 「埋葬に要した費用」とは、埋葬に直接要した実費額であり、その範囲は、霊柩車代またはその借賃、霊柩運搬人夫費、火葬料または埋葬料、葬式の際の供物代および僧侶の謝礼等。葬式参列者の接待費は含まれません。
- 被保険者死亡で被扶養配偶者以外の方が請求される場合は、請求人が相続権であることを立証するための戸籍謄本等の写しを添付してください。  
(※同順位に相続人がいる場合は「遺書」添付)

【送付先】 詳しくはホームページの提出先をご参照ください。 ←ここをクリック

SATO社会保険労務士法人に委託している事業所.....SATO社会保険労務士法人 三菱ケミカル担当  
[郵 送]〒532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島3丁目5-2 新居第10ビル 3F

SATO社会保険労務士法人に委託していない事業所.....各事業所の健保担当者

任意継続保険加入者  
三菱ケミカル健康保険組合の資格を喪失した方 ] 三菱ケミカル健康保険組合  
[郵 送]〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル

事業主証明欄

上記のとおり相違ありません。

令和 5 年 6 月 5 日

事業主 住所 東京都〇×区〇△1-1-×  
KAITEKI健康株式会社  
氏名 代表取締役 日本 太郎

健保記載欄

埋葬料(費)額	円
---------	---

受付日付印

事業所		健保組合	
-----	--	------	--

三菱ケミカル健康保険組合 05.05

申請上の注意点

- 請求書は漏れなく正確に記載してください。
- 亡くなられた方の情報を記入してください。
- 第三者行為の場合は所定の手続きが必要です。  
なお、労災の場合は健康保険ではなく労災保険から葬祭料が支給されます。
- 被保険者死亡の場合で、被扶養者でない方が埋葬を行った場合（埋葬費の請求の場合）は、埋葬に要した費用が確認できる領収証原本の添付が必要です。領収書には請求者が支払ったことがわかる内容の記載が必要です。

被保険者又は請求者記入欄への記入が完了次第、請求書をご提出ください。

お亡くなりになった日が確認できる書類として以下のうちいずれか一通を添付してください。

- 除籍抄本(写)
- 火葬許可証(写)
- 死亡診断書(写)
- 死体検案書(写)
- 市区町村長の埋葬許可証(写)
- 検視調査(写)
- など

- (事業主担当の方) 証明日の記入を忘れないようにしてください。