|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 伺年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 決裁年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 支　給　額 | | 円 | | | 支給内訳 | 埋　 葬 　料 | | 円 | | 埋葬料付加金 | | 円 | | 埋 　葬　 費 | | 円 | | 埋葬費付加金 | | 円 | | | | | | |
| 支　給　支　払　決　議　書 | | | | | |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
| 資格取得 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 資格喪失 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 支払年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |

日本郵船健康保険組合理事長　殿

（申請：　被保険者 → 厚生チーム → 日本郵船健康保険組合）

ア、標題の「被保険者｣、｢家族」の文字はいずれか該当する文字をマルで囲むこと。

イ、①欄は、健康保険の保険証等を、⑤の(エ)欄は事業主から交付された死亡当時の「賃金支払内訳票」などを見て記載すること。

ウ、被保険者が死亡したための請求であるときは、⑥の(ア)と(イ)と(ウ)の各欄に、また被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑤の(ア)から(オ)までの各欄に「該当せず」とし、その他の欄は洩れなく記載すること。

エ、⑤(イ)と(ウ)の欄は、死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行う者が請求する場合に限り「該当せず」とし、その他の者が請求（この場合は標題の「料」の文字を抹消すること。）する場合は必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書（費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること。）を添えること。なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

（注意事項）

被保険者

家　　族

埋葬料(費)･埋葬料(費)付加金請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①被保険者の  　記号・番号 |  | | | | | | ②被保険者の勤務していた､ | | | | | | | (ｱ)名　称 | |  | | | | | |
| 第　　　　　号 | | | | | | または勤務している事業所の | | | | | | | (ｲ)所在地 | |  | | | | | |
| ③死 亡 し た  　年　月　日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | ④  死亡原因 | |  | | | | | |
| ⑤被保険者が死  亡したための  請求であると  　きはその者の | (ｱ)  氏名 | |  | | | | | (ｲ)  埋葬した年月日 | | | 年　 月　 日 | | | | | | (ｳ)  埋葬に要  した費用 | | | 金　　　 円 | |
| (ｴ)  被保険者の(最後)の標準報酬月額 | | | | | 千　円 | | | | | | | (ｵ)  死亡した被保険者と  請求者との身分関係 | | | |  | | | | |
| ⑥扶養者が死亡した  　ための請求である  　ときはその者の | (ｱ)  氏名 | | |  | | | | (ｲ)  生年  月日 | | 明治  大正  昭和　 　年　 月　 日  平成  令和 | | | | | | | | (ｳ)  被保険者  との続柄 | | |  |
| ⑦老人保健法の医療を  　受けていたとき | 市町村 番　号 | | | |  | | | | 受給者 番　号 | | |  | | | 発　行  機関名 | | | |  | | |
| ⑧　備　　考  普通  当座 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨振込希望の銀行  　又は郵便局名 | | 銀行　　　 支店　　　 第　　　　号　　　　　　　郵便局 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり請求します。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　請求者の　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

オ、⑧欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときには、その資格喪失年月日を、また死亡のときが死亡の日の三ヵ月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記載すること。

カ、⑨欄は請求者が直接受領するときに振込希望の銀行又は郵便局名を記載すること。

キ、（削除）

ク、死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病(死)届」をつくって、この請求書に添付すること。

（添付書類）

　　事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写を添付して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 委  任  欄 | 私は、日本郵船（株）を代理人と定め、次の権限を委任する。  上記により請求する埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金の受領に関すること。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　請求者の住　所  　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　代理人の住　所　東京都千代田区丸の内２－３－２  　　　　　　　　　　　　　　氏　名　日本郵船　（株） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事  業  主  の  証  明 | 死亡した  　者の氏名 |  | | 死亡した者 | 被保険者・被扶養者 |
| 死亡した年月日 | | 年　　　月　　　日　死亡 | | |
| うえのとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　 　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　事業主　 住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名 | | | | |

社会保険労務士記載欄