

受付年月日	年	月	日
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

支給額	円
埋葬料	円
埋葬料付加金	円
埋葬費	円
埋葬費付加金	円

**【注意事項】**

ア、標題の「被保険者」、家族の文字は、いずれも該当する文字をマルで囲むこと。  
 イ、欄は、健康保険の被保険者証を、の(エ)欄は事業主から交付された死亡当時の「資金支払内訳票」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、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、の(ア)から(オ)までの各欄に「該当せず」とし、その他の欄は、死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行な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。

被保険者  
家族

**埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書**

被保険者証の記号・番号	被保険者の勤務していたまたは勤務している事務所	(ア)名称	(イ)所在地
死亡した年月日	年 月 日	死亡原因	
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	(ウ) 埋葬に要した費用
	(イ) 被保険者の最後の標準報酬月額	千円	(ウ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係
被扶養者が死亡したための請求であるとき	(ア) 氏名	(イ) 月生 日 年	(ウ) 被保険者との続柄
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
備考			
振込希望の銀行	銀行	支店	普通当座
上記のとおり請求します。			
年 月 日	住所	請求者の氏名	
TSIホールディングス康保険組合理事長 殿			

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	年 月 日請求した	被保険者 埋葬料(費) 被保険者 埋葬料(費)付加金	
	のうち金	家族 円也の受領に関する事。	
年 月 日	住所		
	請求者の	住所	
	代理人の	住所	
		氏名	
振込希望の銀行	銀行	支店	普通当座

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いたします。		
	年 月 日	住所	
	事業主 氏名		

オ、欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときは、その資格喪失年月日を、また死亡のときに死亡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、欄は請求者が直接受領するときに振込希望の銀行を記載すること。  
 キ、欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込希望銀行を記入して下さい。  
 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。