

印刷はA3サイズをお願いします

支給決議書	支給額	円		
	決定標準報酬月額	千円	資格取得年月日	年 月 日
	死亡年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日

被保険者
被扶養者

埋葬料（費）請求書

請求者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	記号	②請求者の氏名	
	③請求者の住所	〒		
	④日中連絡の取れる電話番号	自宅	勤務先	
	⑤被保険者の勤務する会社名			
	⑥死亡年月日	令和 年 月 日	⑦死亡原因	
	⑧被保険者が死亡したための請求の場合はその者の	(a)氏名	(b)埋葬年月日	令和 年 月 日
		(c)埋葬に要した費用	(d)被保険者と請求者の身分関係(続柄)	
	⑨被扶養者が死亡したための請求の場合はその者の	(a)氏名	(b)生年月日	(c)被保険者との続柄
			昭令 年 月 日	
	⑩振込希望口座	銀行 普通	フリガナ	
	支店 当座	名義人氏名		
⑪委任状	私は _____ を代理人と定め、上記のとおり請求した埋葬料(費)の受領方を委任します。 令和 年 月 日			
	被保険者住所			
	被保険者氏名			

- 〔注意事項〕
- 訂正した場合は、二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。
 - ②欄 被保険者が死亡した場合は請求者となるご家族の氏名を記入して下さい。
 - ⑦欄 病名等を記入して下さい。
 - ⑧欄(b) (c)死亡した被保険者と生計維持関係のある方(妻・子等)が請求者である場合は記入不要です。それ以外の場合は記入し、埋葬に要した費用の領収書(原本)、明細書(写し可)を添付して下さい。
 - 死亡日が確認できる書類を添付して下さい。
(例)『埋葬許可証の写し』・『火葬許可証の写し』・『死亡診断書の写し』等
添付できない場合は、右記のいずれかに証明を受けて下さい。
 - 被保険者が死亡した場合で、請求者との関係を確認する為に別途書類をご提出頂く場合があります。
 - 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合は除く)

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要である場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲で速やかに対応させていただきます。

〒542-0072 大阪府大阪市中央区高津3丁目15番2号 U-NEXT HOLDINGS健康保険組合 TEL 0 6 - 6 6 4 7 - 8 4 8 4
FAX 0 6 - 6 6 4 7 - 8 4 8 5

医師が証明するところ	死亡診断書(死体検案書)記載事項証明書〔写し添付可〕			
	死亡者の氏名	性別男・女	生年月日	年 月 日
	発病年月日	年 月 日		
	死亡の年月日時分	年 月 日 午前・午後 時 分		
	死亡の場所及びその種類	1.病院 2.診療所 3.老人保健施設 4.助産所 5.老人ホーム 自宅 6.その他		
	死因の種類	1.病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 2.交通事故 3.転倒・転落 4.溺水 5.煙、火災及び火焔による障害 6.窒息 7.中毒 8.その他 } その他及び不詳の外因死 { 9.自殺 10.他殺 11.その他及び不詳の外因死 } 12.不詳の死		
	死亡の原因	(a)直接死因		発病又は受傷から死亡までの期間
		(b)(a)の原因		
		(c)(b)の原因		
		その他の身体状況		
追加事項	外因死の障害発生年月日時分	年 月 日 午前・午後 時 分		
	手段及び状況			
	追加工事項	市区町村	1.従業中 2.従業中でない時	
追加工事項	障害発生場所	場所名の具体的記載欄		
	上記のとおり診断(検案)する。 年 月 日			
追加工事項	〔病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所〕			
	(氏名) 医師			

市区町村長が証明するところ	死体火葬許可証記載事項証明書〔写し添付可〕			
	証発第 号		交付 年 月 日	第 号
	死亡者の本籍			
	死亡者の氏名	性別男・女	生年月日	年 月 日
	死因	1.法定伝染病 2.その他		
	死亡の年月日	年 月 日 午前・午後 時 分		
	火葬の場所			
	申請者の住所			
		氏名	死亡者との続柄	
	上記は死体火葬許可証の写しであること認証する。	市区町村長 年 月 日		

事業主が証明するところ	死亡者の氏名	死亡年月日	年 月 日
	死亡者は被保険者ですか	①被保険者 ・ ②被扶養者 である。	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日		
事業主の住所			
	電話番号 ()		