

記入例（被保険者が亡くなったとき）

このはできません。（任継を除く）

(✓) 被保険者
() 家族

埋葬料(費)・埋葬料付加金請求書

記入日 平成 26 年 4 月 1 日

請求者が記入するところ	① 被保険者証 記号・番号	記号 1 2 3	② 請求者の 氏名・印	阿草 蘭子		阿草
	番号	4 5 6 7				
	③ 請求者の 現住所	〒 106-8001 港区六本木6-5-4				
	④ 請求者の日中連絡先	03 - 9999 - 9999		(所属・携帯・自宅)		
	⑤ 被保険者の勤務 していた、または 勤務している事業 所の名称・所属	(✓) アクサ生命保険(株)		000	局・支社・部 本部	
		() アクサダイレクト生命保険(株)		営業所		分室
	() 任意継続被保険者 → 所属欄へは記入不要					
	⑥ 死亡年月日	平成 24 年 3 月 20 日		⑦ 死亡原因	胃癌	
	⑧ 第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ				
	⑨ 被保険者が死亡 したための請求の 場合は被保険者の	(a) 氏名	阿草 太郎		(b) 埋葬年月日	平成 年 月 日
		(c) 埋葬に要した 費用	円 (別紙添付明細のとおり)		(d) 被保険者と請求者との 身分関係(続柄)	妻
⑩ 被扶養者が死亡 したための請求の 場合は被扶養者の	(a) 氏名			昭和 年 月 日	(c) 被保険者 との続柄	
			(b) 生年月日	平成 年 月 日		
⑪ 振込希望口座	(a) 金融機関名 および支店名	△△△ 銀行		××× 支店		
	(b) 口座種類	普通	(c) 口座番号	フリガナ 777 ラン		
		当座	0 0 9 8 7 6 5	名義人氏名 阿草 蘭子		

【請求者の方へ】

- 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
- 3 ページ目にある「請求書記入上の注意」をご確認のうえ、記入してください。
- 添付書類につ
- 健康保険証

請求者(②欄に記入した氏名)名義の
振込希望口座を記入して下さい

記入不要です

事業主が証明するところ	死亡者の 氏名	被扶養者			
	死亡年月日	平成	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
	住所		平成	年	月
事業主		氏名		印	
電話		()			

受付日付印

【請求書記入上の注意】

1. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する項目の左側へチェックをしてください。
2. 標題下の「記入日」欄へは、記入した日を記入してください。
3. ②欄：被扶養者が死亡した場合は、請求者となる被保険者の氏名を記入してください。
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ください。
押印欄へは、漏れのないよう捺印願います。
4. ④欄：健康保険組合よりお問合せをする際に使用いたします。
5. ⑤欄：「事業所名称」欄へは、いずれか該当する項目の左側へチェックをしてください。
『任意継続被保険者』以外の方は、右側の「所属」欄へも記入をしてください。
7. ⑧欄：死亡が第三者の行為によるものかどうか、該当する項目へ○印をしてください。
第三者の行為によるもので、相手方から埋葬に要した費用が支払われる場合は、原則として健康保険からの埋葬料（費）は支給できません。
6. ⑨欄 (b)、(c)：死亡した被保険者と生計維持関係のある方（配偶者・子など）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をしていただき、次の書類も提出してください。
● 埋葬に要した費用の領収書（原本）（費用の内訳として品名、数量、単価および金額が明記されているもの）
7. ⑩欄：被保険者が死亡した場合は、請求者名義の振込希望口座を記入してください。
被扶養者が死亡した場合は、被保険者名義の振込希望口座を記入してください。

【請求書に添付するもの】※次に該当する場合は、請求書とともにこちらの書類も提出してください。

《 全員 》

- 死亡日が確認できる書類

[例] 『死亡診断書（写し）』、『埋葬許可証（写し）』、『火葬許可証（写し）』など

《 被保険者が死亡した場合で、請求者が健康保険上の被扶養者以外の方の場合 》

- 請求者と被保険者との身分関係（続柄）が確認できる書類

[例] 『戸籍謄本』

記入例（被扶養者が亡くなったとき）

とはできません。（任継を除く）

() 被保険者
(✓) 家族

埋葬料(費)・埋葬料付加金請求書

記入日 平成 28 年 4 月 2 日

請求者が記入するところ	① 被保険者証 記号・番号	記号 111 番号 54321	② 請求者の 氏名・印	阿草 一郎	阿草	
	③ 請求者の 現住所	〒 130-0012 墨田区太平4-3-2-101				
	④ 請求者の日中連絡先	090 - 9999 - 9999 (所属 携帯 自宅)				
	⑤ 被保険者の勤務 していた、または 勤務している事業 所の名称・所属	(✓) アクサ生命保険(株)		◆◆◆	局 支社・部・本部	
		() アクサダイレクト生命保険(株)		△△△	営業所 分室	
	() 任意継続被保険者 → 所属欄へは記入不要					
	⑥ 死亡年月日	平成 28 年 2 月 23 日	⑦ 死亡原因	くも膜下出血		
	⑧ 第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ				
	⑨ 被保険者が死亡 したための請求の 場合は被保険者の	(a) 氏名			(b) 埋葬年月日	平成 年 月 日
		(c) 埋葬に要した 費用	円 (別紙添付明細のとおり)		(d) 被保険者と請求者との 身分関係(続柄)	
	⑩ 被扶養者が死亡 したための請求の 場合は被扶養者の	(a) 氏名	阿草 ユリ子	(b) 生年月日	昭和 16 年 11 月 3 日 平成	(c) 被保険者 との続柄
(a) 金融機関名 および支店名		□□□ 銀行		○○○ 支店		
⑪ 振込希望口座	(b) 口座種類	普通	(c) 口座番号	1 2 3 4 5 6 7	フリガナ	777 仔咄
	当座			名義人氏名 阿草 一郎		

【請求者の方へ】

- 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
- ページ目にある「請求書記入上の注意」をご確認のうえ、記入してください。
- 添付書類については、「請求書に添付するもの」をご確認ください。
- 健康保険証記号番号の代わりに

記入不要です

事業主が証明するところ	死亡者の 氏名					
	死亡年月日	平成	年	月	日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	事業主	住所	平成	年	月	日
	氏名					
	電話	()				

受付日付印

【請求書記入上の注意】

6. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する項目の左側へチェックをしてください。
7. 標題下の「記入日」欄へは、記入した日を記入してください。
8. ②欄：被扶養者が死亡した場合は、請求者となる被保険者の氏名を記入してください。
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ください。
押印欄へは、漏れのないよう捺印願います。
9. ④欄：健康保険組合よりお問合せをする際に使用いたします。
10. ⑤欄：「事業所名称」欄へは、いずれか該当する項目の左側へチェックをしてください。
『任意継続被保険者』以外の方は、右側の「所属」欄へも記入をしてください。
7. ⑧欄：死亡が第三者の行為によるものかどうか、該当する項目へ○印をしてください。
第三者の行為によるもので、相手方から埋葬に要した費用が支払われる場合は、原則として健康保険からの埋葬料（費）は支給できません。
6. ⑨欄 (b)、(c)：死亡した被保険者と生計維持関係のある方（配偶者・子など）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をしていただき、次の書類も提出してください。
● 埋葬に要した費用の領収書（原本）（費用の内訳として品名、数量、単価および金額が明記されているもの）
8. ⑪欄：被保険者が死亡した場合は、請求者名義の振込希望口座を記入してください。
被扶養者が死亡した場合は、被保険者名義の振込希望口座を記入してください。

【請求書に添付するもの】※次に該当する場合は、請求書とともにこちらの書類も提出してください。

《 全員 》

- 死亡日が確認できる書類

[例] 『死亡診断書（写し）』、『埋葬許可証（写し）』、『火葬許可証（写し）』など

《 被保険者が死亡した場合で、請求者が健康保険上の被扶養者以外の方の場合 》

- 請求者と被保険者との身分関係（続柄）が確認できる書類

[例] 『戸籍謄本』