

様式番号	
給	9

# 給付決定伺

部長	課長	扱	合議

※

事業所記号	被保険者番号

※

支出項目		金額			
法定給付費	被保険者 家族 埋葬料 ・ 埋葬費				

## 健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）請求書

※印の欄は記入しないでください。この請求書は、「被保険者」・「家族」のどちらかを二重線で抹消いたします。

被保険者証の記号と番号	-	請求者の氏名		死亡者の続柄	
事業所の名称			資格取得	・	・
			資格喪失	・	・
被保険者が死亡したときはその氏名			請求書と死亡者の生計維持関係	有	・無 (どちらかに○)
被扶養者が死亡したときはその氏名		被扶養者の生年月日	昭・平・令	・	被保険者の続柄
死亡した年月日	令和 年 月 日	埋葬をした年月日	令和 年 月 日		
埋葬に要した費用	金 円也				
死亡の原因(病名等)					
第三者の行為による死亡の場合(住所、氏名、不詳のときはその旨)					

上記のとおり申請いたします。  
 なお、必要な添付書類の提出及び申請内容に関する問い合わせを事業主経由で行うことに【同意します・同意しません】。  
 令和 年 月 日 被保険者 (または請求者) 住所 (自署) 氏名  
 上記の申請について誤りのないことを証明します。  
 事業所名  
 事業主名  
 北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

※注 【同意します・同意しません】については選択される方に○をしてください。選択がない場合は、同意されたものとみなします。  
 ※注 同意されない場合は、添付書類を封筒に入れるなどして第三者にはわからないようにされた上で事業所健康保険担当者へ渡してください。その場合はご本人へ直接連絡させていただくことがあります。  
 ※注 請求書は原則事業主経由での提出となります。事業主経由での提出を希望されない方は事前に当組合へお申し出ください。  
 ※注 被保険者証明欄については、被保険者が亡くなられて、相続人の方が請求される場合は、請求される方の氏名をご記入ください。

- 【添付書類】
- 請求者が被保険者・被扶養者以外の場合は、被保険者と請求者の関係が示せる書類(住民票等)
  - 被保険者が死亡し、生計維持関係のない方が請求する場合は、埋葬に要した費用の証拠書類(支払者名が明記の埋葬費用領収書等)
  - 任意継続被保険者の請求は死亡診断書(写し)