

埋葬料・費請求書

1 2 3 4

添付書類は、別紙をご確認ください。
被保険者の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不用です。
被保険者の印はすべて同一の印で捺印ください。
給付金の受領方は原則として事業所振込となっておりますので、「委任欄」に署名・捺印をお願いします。
「埋葬料・費請求書」からご確認ください。

被保険者情報	記号		番号	
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒	—	電話番号(日中の連絡先) ()
	事業所名			

被保険者が死亡したための請求であるとき

請求者情報	請求者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
			被保険者との続柄	
	請求者現住所	〒	—	電話番号(日中の連絡先) ()
申請内容	被保険者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡の原因 (傷病名等)	
	埋葬(葬儀)を行った日	令和 年 月 日	埋葬(葬儀)に要した費用	円
	請求者の受取口座	銀行 支店	普通	口座名義

被扶養者が死亡したための請求であるとき

申請内容	被扶養者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
			被保険者との続柄	
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡の原因 (傷病名等)	

死亡した方が介護保険法のサービスを受けたとき、第三者行為によるものに該当する場合は、記載ください

介護保険法のサービスを受けていたとき	保険者名称	保険者番号	被保険者番号
第三者行為によるものですか	はい・いいえ	「はい」の時はその届出 第三者の氏名 ()	届出済・未届 ()・不明

事業主の証明	死亡した者の氏名	死亡した者は (被保険者・被扶養者)
	死亡した年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。	
	令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	担当者名 電話 ()

委任欄	本請求金額の受領を 住所
	会社 ⑩ に委任する。
	令和 年 月 日 被保険者(請求者)氏名 ⑩

受付印

社会保険労務士の提出代行者印

備考欄

埋葬料・費請求書について

① 埋葬料について

被保険者が業務外の事由により亡くなった場合、亡くなった被保険者により生計を維持されていた方で、埋葬を行うべき方に「埋葬料」として5万円が支給されます。

また、被扶養者が亡くなったときは、被保険者に「家族埋葬料」として5万円が支給されます。

② 埋葬費について

埋葬料を受けられる方がいない場合は、実際に埋葬を行った方に、埋葬料(5万円)の範囲内で実際に埋葬に要した費用に相当する「埋葬費」が支給されます。

亡くなった方	支給対象となる方	支給額
被保険者	① 被保険者により生計を維持されていた方	埋葬料 5万円
	② ①の対象者がいない場合は、実際に埋葬を行った方	埋葬費 5万円の範囲内で埋葬に要した費用に相当する額
被扶養者	被保険者	家族埋葬料 5万円

【 添付書類(コピー可) 】

・ 亡くなった方 (被扶養者) 添付書類

被保険者が申請する場合	・ 死亡診断書(検案書)
-------------	--------------

亡くなった方 (被保険者)

被扶養者(※)が申請する場合	・ 死亡診断書(検案書)
被扶養者以外の同居されていた方が申請する場合	・ 死亡診断書(検案書) ・ 住民票(または除票)(世帯全員の続柄有) (亡くなった被保険者と請求人が記載されているもの)
被扶養者以外の別居されていた方が申請する場合	・ 死亡診断書(検案書) ・ 埋葬に要した費用の領収書 (故人と請求者の氏名が記載されているもの) ・ 埋葬に要した費用の明細書

※ 被扶養者とは、石油健保で被扶養者の認定を受けている方のことです。

なお、添付書類については主に必要なものを掲載しています。

場合によっては別途添付書類を提出いただく場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

ご不明な点は石油製品販売健康保険組合・給付課(Tel03-3265-3306)までご連絡ください。