被保険者
家　族　埋葬料（費）請求書

※記入の方法は次ページに記載されています

請求者が記入するところ

① 被保険者証の記号・番号	記　号	番　号	② 被保険者の氏　名		
③ 被保険者の現住所	〒 TEL　（　　）				
④ 被保険者の勤務している又は勤務していた事業所の	(ｱ) 名　称		所属部署		
	(ｲ) 所在地				
⑤ 死亡した年月日	令和　年　月　日	⑥ 死亡原因		⑦第三者の行為によるものですか はい・いいえ	
⑧ 被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	(ｳ) 被保険者氏　名		(ｴ) 被保険者と請求者との身分関係		
	(ｵ) 埋葬した年月日	令和　年　月　日	(ｶ) 埋葬に要した費用	金　円 （別紙証拠書のとおり）	
⑨ 被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	(ｷ) 氏　名		(ｸ) 生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	(ｹ) 被保険者との続柄
備考					

上記のとおり請求いたします。　年　月　日

請求者　住　所 〒

氏　名

電話　（　　）

コスモスイニシアグループ健康保険組合　殿

事業主証明欄

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 死亡

上記のとおり相違ないことを証明いたします。　年　月　日

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

振込先	銀行	受取人	預金種目	普通・当座	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	支店		口座番号		口座名義	

被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい。

受付日付印

委任状

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

年　月　日

被保険者の　住　所 〒

氏　名

代理人の氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	委任者と代理人との関係	
代理人の住　所	〒　電話番号　（　　）		

※ 本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。

2021.8

（注意事項）

1. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲んでください。
2. ⑥は、病死の場合、具体的に病名を記入してください。
3. ⑦は、交通事故等、第三者の行為による死亡の場合は、別に「第三者行為による傷病（死）届」を作成のうえ、この請求書に添付してください。
4. 被保険者が死亡したための請求であるときは、⑨の(キ)(ク)(ケ)欄、被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑧の(ウ)(エ)(オ)(カ)欄は記入の必要はありません。
5. ⑧の(オ)(カ)欄は、死亡した被保険者の家族以外の者が請求する場合に限り記入し、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。）を添付してください。

（添付書類）

この請求書に死亡診断書、市区町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写、死体検案書又は検視調書の写等、いずれかを添付してください。