

記入例

Example of completed form

いずれか該当する方の文字を○で囲んでください。  
Circle the description that applies.

健康保険 被保険者 埋葬料（費）請求書  
被扶養者

Claim for Funeral Expenses/Funeral Costs (Insured Person, Dependent)

			年 月 日 提出 Date submitted (Y/M/D): ○○ / ○ / ○	
被保険者記号・番号 Insured person code and no.		事業所の名称 Employer name		所属 Section
123 - 4567		___ Industry Co., Ltd.		___ Div., ___ Dept. TEL 999-9999
被保険者（請求者）の氏名 Name of insured person (claimant)	Taro Kempo	住所 Address	〒 000-0000 1-1 ___-cho, ___-ku, ___	
		電話 Tel	999 ( 999 ) 9999	
死亡した年月日 Date of death (Y/M/D)	年 月 日 ○○ / ○ / ○	死亡原因（病名） Cause of death (name of sickness)	Pneumonia	
被扶養者が死亡したとき被扶養者氏名 Name of the dependent if the deceased is a dependent	Hanako Kempo	被保険者との続柄 Relationship to insured person	Mother	
被保険者が死亡したとき被保険者氏名 Name of the insured person if the deceased is an insured person	N/A	被保険者と請求者との身分関係 Relationship between insured person and claimant		
第三者の行為によるものですか Was the death due to the actions of a third party?		いいえ <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> N / Y		
第三者の行為によるものであるときは、その事実、第三者の住所および氏名（別途、第三者行為による傷病届を提出） If the death was due to the actions of a third party, describe the facts of the matter and the name and address of the third party. (Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act must be submitted separately.)				
受取委任の欄 Proxy receipt	<p>本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任し、給料と合わせて受給することに同意します。 (任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です)</p> <p>I hereby authorize my employer to receive the benefits covered by this claim as my proxy and consent to receive them together with my salary. (This section does not need to be filled out if you are a Voluntarily and Continuously Insured Person.)</p> <p>年 月 日 Date (Y/M/D): ○○ / ○ / ○</p> <p>被保険者氏名（請求者） Name of insured person (claimant) Taro Kempo</p>			

<添付書類>

1. 死亡診断書又は埋火葬許可証（何れも写しで可）。
2. 任意継続の場合で死亡した被保険者の認定外家族が請求する場合は、戸籍謄本または抄本（写し可）。

Documents to attach:

1. Death certificate or burial permit (copies accepted for either document)
2. If this claim is submitted by a family member of a deceased insured person who was a Voluntarily and Continuously Insured Person, and the family member is not certified as a dependent of the insured person, an official copy or extract of the family register (copies accepted)