

決 定 同		支給決定 令和 年 月 日			
		標 準 報 酉 月 額	常務理事	事務長	係 係
ご自身の記号番号は①～③いずれかでご確認ください。 ①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書 ※保険者番号(06133714)は記入しないでください。	000 円	千円			

被保険者 家 族 埋葬料(費)請求書

被保険者等 記号番号	3 1 1 - 1 0 0 0 1	事業所の 名 称	三井物産株式会社		□任意継続 □喪失後請求
資格取得年月日	昭・平・令 30 年 4 月 1 日		資格喪失年月日	令和 年 月 日	
被保険者が死亡された場合の請求人	氏名 (フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	被保険者との 続柄				
死亡された方	氏名	健保 うめ	死亡年月日	令和 7年 10 月 5 日	
	被保険者との 続柄	母	埋葬年月日	令和 7年 10 月 10 日	
死亡原因	心不全		埋葬に要した費用	2,000,000 円	
死亡原因の第三者行為「該当」「非該当」の別/「該当」の場合 加害者の住所・氏名	死亡原因は第三者行為に □該当 ■非該当 「該当」の場合には加害者の住所・氏名を記載してください。)				
被保険者又は請求人(埋葬費の場合支払を行った者)	上記の通り請求します。 三井物産健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日 請求人(被扶養者が死亡した場合には被保険者)の住所 〒〇〇〇-×××× 東京都△△区〇〇町1-2-3				
	氏名(フリガナ)	健保 太郎(ケンポ タロウ)			
	日中連絡の取れる電話番号	090-〇〇〇〇-××××			
委任状(お勤めの事業所名をご記入ください。被保険者が死亡されたことにによる請求や、任意継続されている方からの請求のときは記入を要しません。)	法定給付の受領を 在籍している事業所 に委任します。 被保険者 健保 太郎 ※下段に被保険者氏名をご記入ください。				
死亡に関する 事業主の証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主(又は代理人) 所在 氏				
振込先(被保険者が死亡されたときには必ずご記入ください。)	金融機関	銀行	口座番号		
		支店	種別	普通・当座	
	名義(漢字)		名義(カナ)		

被保険者等記号 311～361の方
は必ずご記入ください。委任状が
空欄の場合は支給手続きが行え
ないため返戻となります。

- * 太枠内にご記入ください。
- * 「事業所の名称」欄には、お勤めの(であった)事業所名をご記入ください。任意継続中の方や、資格喪失後3ヶ月以内に被保険者が死亡されたことにより請求される場合には該当の□にチェックを入れてください。
- * 「委任状」欄には、お勤めの事業所名をご記入ください。任意継続中の方や、被保険者が死亡されたことによる請求の場合は記入を要しません。
- * 「死亡に関する事業主の証明」欄に事業主の証明を受けてください。任意継続中の方(被保険者・被扶養者いずれの死亡でも)や、資格喪失後3ヶ月以内に被保険者の方が死亡されたことにより請求される場合には不要です。
- * 被保険者が死亡されたときには「振込先」欄に振込みご希望の金融機関名をご記入ください。
- * 任意継続中の方(被保険者・被扶養者とも)が死亡された場合には死亡診断書の写等、証明となるものを添付してください。
- * 被保険者死亡の場合で被扶養者でない方からの請求の場合には、請求者と被保険者との関係の確認のために別途書類をご提出いただくことがあります。

受付印