

受付年月日	令和 年 月
同年月日	令和 年 月
決裁年月日	令和 年 月

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

被保険者（本人）が死亡したときの申請であるとき

添付書類

事業主の証明がある場合

1. 請求者が被扶養者として認定されている場合
 - ・ 添付書類不要
2. 請求者が被扶養者として認定されていない配偶者・両親・子・兄弟の場合
 - ・ 本人と請求者との関係がわかる戸籍謄本または戸籍妙本のコピー

事業主の証明がない場合

1. 請求者が被扶養者として認定されている場合
 - ・ 下記①～④の何れか1つを添付
 - ① 埋（火）葬許可証のコピー
 - ② 死亡診断書のコピー
 - ③ 死体検案書のコピー
 - ④ 検視調書のコピー
2. 請求者が被扶養者として認定されていない配偶者・両親・子・兄弟の場合
 - ・ 本人と請求者との関係がわかる戸籍謄本または戸籍妙本のコピー
 - ・ 下記①～④の何れか1つを添付
 - ① 埋（火）葬許可証のコピー
 - ② 死亡診断書のコピー
 - ③ 死体検案書のコピー
 - ④ 検視調書のコピー

被保険者（本人）

被保険者（本人）が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	1-11111	
	③ 被保険者の氏名	健康太郎	
	⑤ 死亡年月日	令和〇〇年5月	
	⑦ 第三者行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> 本人が死	
	⑧ 被保険者の氏名	健康太郎	
	⑩ 埋葬した年月日	令和〇〇年5月	
		家族が死	
	⑫ 家族の氏名		
	⑭ 振込希望機関	銀行 大阪 大阪店	
		口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		口座名義 (カタカナ)	ケンコウハナコ

請求者⑨の振込希望機関を記入してください。

大阪	大阪店	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		口座名義 (カタカナ)	ケンコウハナコ

（利用する場合は、利用しない場合は⑭振込希望機関の欄を記入）

上記のとおり請求します。 ⑮ 〒 111-1112

令和〇〇年5月30日 請求者の住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号

エクセディ健康保険組合理事長 殿 氏名 健康 花子

請求者⑨の住所・氏名を記入してください。

事業主記入欄です。

事業主が証明するところ	死亡した方の氏名	健康太郎	死亡年月日	令和 〇〇年5月1日死亡	死亡した方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族
	上記のとおり相違ないことを証明する					
	令和〇〇年5月30日	事業所所在地・名称	大阪市大阪区大坂町1丁目23番45号		事業主氏名	株式会社〇△□ 社長名

※事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長の埋（火）葬許可証の写、死亡診断書の写、死体検案書の写、検視調書の写を添付してください。

受付年月日	令和 年 月 日		家族が死亡したときの申請であるとき 添付書類 事業主の証明がある場合 ・添付書類不要 事業主の証明がない場合 ・下記①～④の何れか1つを添付 ①埋（火）葬許可証のコピー ②死亡診断書のコピー ③死体検案書のコピー ④検視調書のコピー
伺年月日	令和 年 月 日	常務理	
決裁年月日	令和 年 月 日		

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

被保険者(本人) 家族

被保険者(本人)・家族が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	1-11111	② 事業所の名称	株式会社○△□
	③ 被保険者の氏名	健康太郎	④ 被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 53年 4月 5日 <input type="checkbox"/> 平成
	⑤ 死亡年月日	令和〇〇年5月1日	⑥ 死亡原因	心不全
	⑦ 第三者行為によるものですか		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	本人が死亡したための申請であるとき			
	⑧ 被保険者の氏名		⑨ 被保険者からみた請求者との身分関係	
	⑩ 埋葬した年月日		⑪ 埋葬に要した費用の額	
	家族が死亡したための申請であるとき			
	⑫ 家族の氏名	健康花子	⑬ 被保険者との続柄	妻
	⑭ 振込希望機関	大阪	銀行 金庫 組合	大阪 店 口座番号 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 1234567 口座名義 (カタカナ) ケンコウタロウ
被保険者(本人)の振込希望機関を記入してください。				
タル等で事前登録した公金受取口座を利用します (利用しない場合は⑭振込希望機関の欄を記入)				
上記のとおり請求します。				
令和〇〇年5月30日		⑯ 〒 111-1112		
エクセディ健康保険組合理事長 殿		請求者の 住所	大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号	
		氏名	健康 太郎	
事業主記入欄です。		マイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい(個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)	備考欄	

事業主が証明するところ	死亡した方の氏名	健康花子	死亡年月日	令和 〇〇年5月1日死亡	死亡した方
	上記のとおり相違ないことを証明する				<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族
令和〇〇年5月30日		事業所所在地・名称		大阪市大阪区大坂町1丁目23番45号	
		事業主氏名		株式会社○△□ 社長名	
※事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長の埋（火）葬許可証の写、死亡診断書の写、死体検案書の写、検視調書の写を添付してください。					