

<p><注意> この記入例は、被保険者本人が死亡し、生計維持関係者(同居の家族)が埋葬した場合です。</p>			
同年月日	令和 年 月 日	資格取得日	平成 令和 年 月 日
決済年月日	健保使用欄です。記入しないでください。		年 月 日
支払年月日			年 月 日

ルネサス健康保険組合御中 (送付先は、下記参照)

健康保険

被保険者
被扶養者

埋葬料・埋葬費請求書

記入例

提出日 令和 年 月 日

請求される方の氏名

()被保険者死亡の場合は、請求者(ご家族等)の氏名と生年月日を記入

枝番(-00)記入は不要です。

被保険者証の記号・番号(右詰め)							フリガナ	レイウ	ハナコ	生年月日	昭和 平成		
記号	1	0	0	番号	2	3	4	5	6	7	被保険者名 請求者名	令和 花子	42年 1月 1日
事業所名													
社名			従業員番号			内線TEL			日中の連絡先電話番号				
ルネサスエレクトロニクス株									042-xxxx-xxxx				

請求者の連絡先

申請内容		対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
被保険者死亡の場合	氏名	令和 太郎	死亡された被保険者名		日	平成 令和 2年 5月 1日
	被保険者と請求者との続柄	妻	埋葬に要した費用 (生計維持関係者以外が埋葬した場合のみ記入)		円	
埋葬又は火葬した年月日	平成 令和 2年 5月 5日	死亡原因	病		第三者行為の有無	有 無

委任状[被扶養者死亡の場合は在籍事業所から給与支給となる為、下記へ記入ください。]
本請求に基づく給付金に関する受領を 委任します。

記入しないでください。

退職者() 退職日: 平成 令和

被保険者死亡の場合、権利承継される方へ振込みますので権利承継者の口座を記入ください。

振込先	銀行(銀行コード:)	総合・普通
	支店(支店コード:)	当座
口座番号	口座名義人(カナ) (権利承継者)	

事業主の証明欄(任意継続被保険者・特例退職被保険者を除く)
上記の通り相違ないことを証明します

死亡診断書・埋葬許可証の写しを添付しない場合は、事業主の証明を依頼してください。

- 添付書類
- 1.死亡診断書の写し・埋葬許可証の写しのいずれかを添付してください。
但し、事業主の証明がある場合は添付書類不要です。
 - 2.埋葬を行った方が、死亡した方と生計維持関係がない場合(知人・別居の家族等)は、埋葬費用の領収書原本を添付してください。
 - 3.被保険者が死亡の場合は「権利承継届(K-038)」を添付してください。

<申請書の送付先>

加入区分	送付先
一般被保険者	社会保険労務士法人なんの木事務所[〒101-0063東京都千代田区神田淡路町2-29] 社内便の場合:本/日立MP(OC2)(人事)なんの木
任意継続、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

事業所担当者印

健保インプット

健保受付日付印

支給決定額	<注意> この記入例は、被扶養者が死亡した場合です。				主任	担当	
同年月日	令和	年	月	日	資格取得日	平成 令和	年 月 日
決済年月日	健保使用欄です。記入しないでください。				平成 令和	年 月 日	
支払年月日					平成 令和	年 月 日	

ルネサス健康保険組合御中 (送付先は、下記参照)

健康保険

被保険者
被扶養者

埋葬料 埋葬費請求書

記入例

提出日 令和 ○ 年 月 日

提出日と委任日は同日にしてください。

基本情報

(※)被保険者死亡の場合、請求者(ご家族等)の氏名と生年月日を記入
 枝番(-00)記入は不要です。

被保険者証の記号・番号(右詰め)							被保険者氏名	フリガナ	レイウ	タロウ	生年月日	昭和 平成	
記号	1	0	0	番号	1	2	3	4	5	6	7	令和 太郎	50年 1月 1日
社名										連絡先			
ルネサスエレクトロニクス										日中の連絡先電話番号			
							012345678			814-1234		03-1234-5678	

申請内容

対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ	レイウ	ハナコ	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	45年 1月 1日
氏名	令和 花子			死亡した年月日	平成 令和			2年 5月 5日
被保険者死亡の場合	被保険者と請求者との続柄	埋葬に要した費用 (生計維持関係者以外が埋葬した場合のみ記入)						円
埋葬又は火葬した年月日	平成 令和	年 月 日	死亡原因	第三者行為の有無			有 無	

委任状【被扶養者死亡の場合は在籍事業所から給与支給となる為、下記へ記入ください。】

本請求に基く給付金に関する受領を

に委任します。

委任状欄は一般被保険者(在職者)のみ記入ください。

年 月 日
被保険者の氏名

委任者名は、事業所健保担当課で記入しますので記入不要です。

退職者(予定者含む)は下記へ記入願います。任意継続被保険者・特例退職被保険者は登録口座へ振込しますので記入不要です。

退職日: 平成 令和	年 月 日	銀行	支店	普通・当座	口座
		被保険者口座名義(カナ)			
被保険者死亡の場合、権利承継される方へ振込みますので権利承継者の口座を記入ください。					
振込先	記入しないでください。				普通

事業主の証明欄(任意継続被保険者・特例退職被保険者を除く)

上記の通り相違ないことを証明します

死亡診断書・埋葬許可証の写しを添付しない場合は、事業主の証明を依頼してください。

添付書類

1. 死亡診断書の写し・埋葬許可証の写しのいずれかを添付してください。但し、事業主の証明がある場合は添付書類不要です。
2. 埋葬を行った方が、死亡した方と生計維持関係がない場合(知人・別居の家族等)は、埋葬費用の領収書原本を添付してください。
3. 被保険者が死亡の場合は「権利承継届(K-038)」を添付してください。

<申請書の送付先>

加入区分	送付先
一般被保険者	社会保険労務士法人なんの木事務所[〒101-0063東京都千代田区神田淡路町2-29] 社内便の場合: 本/日立MP(OC2)(人事)なんの木
任意継続・特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

事業所担当者印

健保インプット

健保受付日付印