

支払年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当者	
支払額							円	
								資格
死亡年月日	令和	年	月	日	喪失	年	月	日
死亡した者の氏名				続柄				(備考)

健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)請求書

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号				② 事業所の名称					
	③ 被保険者の(請求者)氏名	(フリガナ)			④ 被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	
	⑤ 被保険者の(請求者)住所	〒			電話 () -					
	⑥ 死亡した年月日	年	月	日	⑦ 死亡原因				⑧ 第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい	
	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	被扶養者氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	被保険者との続柄
	⑩ 被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の	被保険者氏名			被保険者と請求者との身分関係					
		埋葬した年月日	年	月	日	埋葬の要した費用の額	円			
	⑪ 老人保健法の医療を受けていたとき	区市町村番号			受給者番号			発行機関名		
	⑫ 日雇特例被保険者として支給を受けたときは、その額(調整減額)				円	(備考)				
	⑬ 資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の	} 保険者名 記号及び 番号	保険者名		記号・番号					

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名			死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した年月日	年	月	日	死亡
	上記の通り相違ないことを証明します。									
令和 年 月 日										
事業所所在地 〒										
事業所名称										
事業主氏名										
電話 () -										

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。								
	令和 年 月 日								
被保険者(請求者) 住所 氏名 _____									受 付 印
代理人 事業所名 氏名 _____									

※被保険者死亡の場合、③及び委任状欄は請求者の氏名をご記入下さい。

【添付書類】・死亡診断書の写、埋葬火葬許可証の写のいずれか1部

※被保険者が死亡し被扶養者以外の者が請求者となる場合は、被保険者との関係が分かる書類(戸籍謄本)と葬式費用領収書の写も必要となります。