

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	取得年月日	喪失年月日	
死亡年月日	令和 年 月 日				
死亡した者の氏名		続柄			(備考)

本人が死亡したとき 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	〇〇〇〇(株)	
	③ 被保険者の(請求者)氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保花子		④ 被保険者の生年月日	☑昭和 ××年 5月 5日 □平成	
	⑤ 被保険者の(請求者)住所	〒 XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町××番地×× 電話 (XXX)XXX - XXXX				
	⑥ 死亡した年月日	××年 4月 4日	⑦ 死亡原因	心不全		⑧ 第三者の行為によるものですか ☑ いいえ ・ □ 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	☐昭和 ☐平成 ☐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	健保太郎	被保険者と請求者との身分関係	妻	
		埋葬した年月日	××年 4月 7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	被扶養者氏名	被扶養者記号及び番号	被扶養者氏名	被扶養者記号・番号	
				.		

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	健保太郎	死亡した者	☑被保険者 □被扶養者	死亡した年月日	××年 4月 4日死亡
	上記の通り相違ないことを証明します。					
	事業所所在地	〒 XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇×丁目××		事業所名称	〇〇〇〇株式会社	
	事業主氏名	〇〇〇〇		電話 (XXX) XXX - XXXX		

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。					受付印
	令和××年 4月 20日					
	被保険者(請求者)住所	〇〇県〇〇市〇〇町××番地××		氏名	健保花子	
代理人	事業所名	〇〇〇〇株式会社		氏名	〇〇〇〇	

※被保険者死亡の場合、③及び委任状欄は請求者の氏名・印をご記入下さい。

【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。