

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	(備考)			
死亡した者の氏名	続柄				

家族が死亡したとき 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 タロウ	健保太郎	④ 被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 XX年 1月 1日		
	⑤ 被保険者の(請求者)住所	〒 XXX-XXXX 〇〇府〇〇市〇〇××番地×× 電話 (XXX) XXX - XXXX					
	⑥ 死亡した年月日	XX年 4月 4日	⑦ 死亡原因	肺炎		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、その者の氏名	被扶養者名	健保太吉	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 XX年 5月 1日 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との続柄	父
	⑩ 被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の氏名	被保険者名		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	XXXXXXXXXX	受給者番号	XXXXXXXXXX		
		発行機関名	大阪府 大阪市				
	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	健保太郎	死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した年月日	XX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				
	事業所名称	〇〇府〇〇市〇〇×丁目×-×				
事業主氏名	〇〇〇〇株式会社 〇 〇 〇 〇					
	電話 (XXX) XXX - XXXX					
	令和 XX年 5月 10日					

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 XX年 5月 10日					
	被保険者(請求者)住所	〇〇府〇〇市〇〇××番地××				
	氏名	健保太郎				
代理人	事業所名	〇〇〇〇株式会社			任意継続(退職後)の場合、黄色枠内は無記入で、「振込口座依頼書」をご提出ください	
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。