

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）請求書

※数字は右詰めで記入してください

被保険者（請求者）が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号				② 被保険者の生年月日 昭和 平成 年 月 日				③ 事業所名称			
	④ 被保険者（請求者）の氏名・印 (フリガナ)				⑤ 家族埋葬料の請求の場合は死亡した被扶養者の氏名等 (フリガナ)				⑦ 死亡年月日続柄 昭和 平成 令和 年 月 日			
	被保険者が死亡した時は被保険者氏名				⑥ 被保険者の住所・電話番号等 〒 - 電話 ()				⑦ 死亡年月日 令和 年 月 日			
	⑧ 死亡の原因（傷病名等）				⑨ 死亡の原因（該当するものに○をしてください） 業務上災害・第三者行為（事故等）・自然死（病死）・その他				⑩ 死亡した者の区分 被保険者→⑪へ 被扶養者→⑫へ			
	⑪ 被保険者死亡時の健康保険資格		⑫ 死亡した者が扶養家族になった時期		⑬ 死亡した時に加入していた保険制度（⑪⑫がア以外の場合のみ）							
	ア. 被保険者期間中		ア. 資格取得した時からもしくはイ以外		保険者名		被保険者氏名		被保険者証記号番号			
	イ. 資格喪失後3か月以内		イ. 死亡した時からみて3か月以内									
	ウ. 継続給付受給中		※⑪⑫がア以外の場合、 ⑬欄にも記入してください									
	エ. 継続給付終了後3か月以内											
	⑭ 被保険者と請求者の関係（続柄等）				⑮ 生計維持関係はありましたか はい・いいえ→⑮⑯へ				⑯ 埋火葬した年月日 令和 年 月 日		⑰ 埋火葬に要した費用 円	

事業主が証明するところ	⑱ 死亡した者の氏名				⑲ 死亡年月日 令和 年 月 日			
	⑲ 被保険者・被扶養者の別 被保険者・被扶養者							
⑳ うえの通り相違ありません 事業所の所在地 令和 年 月 日 事業所の名称 事業主氏名・印								

振込口座	銀行等口座				口座預金種別				預金口座名義人の氏名			
	銀行 店 金庫 支店 組合 農協 出張所				1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 預金口座番号							

※在職中の方へ（↑事業所への受領委任をお願いしております。被委任者指定口座をご記入ください。 ↓受取代理人の欄にご記入・捺印してください。）

受取代理人の欄	⑳ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者（申請者） 住所 氏名				㉑ 代理人の氏名・印 年 月 日				㉒ 被保険者（申請者）との関係			
					㉓ 代理人の住所・電話番号 電話 ()							

社会保険労務士氏名・印			
-------------	--	--	--

●添付書類等●

区分	申請者	添付書類
埋葬料	被保険者・被扶養者	死亡診断書の写し
	被扶養者以外で生計維持があった方	死亡診断書の写し、生計維持関係の確認できる書類（住民票除票等）
埋葬費	上記以外の方	埋葬に要した費用額の記載された領収証原本、埋葬に要した費用の明細書