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 被保険者等記号と番号	記号		② 被保険者名			
		番号		生年月日	昭和・平成　年　月　日		
	③ 被保険者(請求者)の現住所	〒　－　TEL　(　)					
	④ 事業所の名称(勤務先)						
	⑤ 死亡した年月日	令和　年　月　日	⑥ 死亡原因		⑦ 第三者の行為によるものですか 0:いいえ　1:はい		
	⑧ 被保険者が死亡したための請求であるときは、その請求者の	ア) 氏名		イ) 死亡した被保険者との身分関係			
		ウ) 埋葬した年月日	令和　年　月　日	エ) 埋葬に要した費用	円		
	⑨ 被扶養者が死亡した場合は、その方の	オ) 氏名		カ) 生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	続柄	

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡年月日	令和　年　月　日死亡	令和　年　月　日	

うえのとおり相違ないことを証明します。

事業所　所在地

名称

事業主氏名

《注意事項》

※ 被保険者等記号と番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(健康保険証)」のいずれかでご確認ください。

※ 生計維持関係のある方の請求であれば⑧欄はア)、イ)を記入してください。

※ 生計維持関係のない方の請求であれば⑧欄はア)、イ)、ウ)、エ)を記入してください。
また、埋葬に要した費用の領収書と明細書を添付してください。

※ A)事業主の証明を受けられない方、B)被保険者の方が死亡され請求者との生計関係が不明な方、
C)任意継続被保険者(被扶養者)の方、
いずれかの場合は、「埋葬許可証または火葬許可証」のコピー、「死亡診断書」のコピー、
死亡された方・請求者の方の「戸籍(除籍)謄(抄)本」を添付してください。

被保険者の個人口座	銀行名	
	店番・支店名	
	種類	普通・当座
	口座番号(右詰め)	
	フリガナ	
	口座名義	

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
	受領代理人	住所 氏名

※ 請求者が資格喪失している場合及び任継者は、個人口座へ振込みますので、上記の欄に記入してください。(委任状は不要です)

※ 受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

受付日付印

※ ゆうちょ銀行の場合には、店番「**通帳の記号5桁**」支店名「**漢数字の3文字**」、口座番号「**通帳の番号8桁**」を記入してください。

社会保険労務士提出代行者の印	

東京ニットファッション健康保険組合