

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	〒 ー 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。 所在地 事業所 名称 事業主氏名						

《注意事項》

- ※ 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	
--------------------	--