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 被保険者等の記号と番号	記号	9999	② 被保険者名	健保　一郎
		番号	99999	生年月日	昭和・(平成)　1年　7月　1日
	③ 被保険者(請求者)の現住所	〒 103 ― 0001　TEL 03 (9999) ○○○○ 東京都中央区○○○1－2－3			
	④ 事業所の名称(勤務先)	㈱○×商事			
	⑤ 死亡した年月日	令和 2 年 8 月 1 日	⑥ 死亡原因	心筋梗塞	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	健保　一子	ｲ) 死亡した被保険者との身分関係	妻
		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	健保　一郎	死亡した者	(被保険者)・被扶養者
	死亡年月日	令和 2 年 8 月 1 日死亡	令和 2 年 9 月 1 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　東京都中央区○○○5－5－5

名称　㈱○×商事

事業主氏名　会社　太郎

《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	△△△銀行	
	店番・支店名	333	□□□支店
	種類	(普通)・当座	
	口座番号(右詰め)	1 2 3 4 1 2 3	
	ﾌﾘｶﾞﾅ	ケンポ　イチコ	
	口座名義	健保　一子	

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