

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 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)0000 東京都中央区0001-2-3				
	④ 事業所の名称(勤務先)	(株)〇×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 0:いいえ
	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	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	カ) 氏名	キ) 生年月日	ク) 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0005-5-5 名称 (株)〇×商事 事業主氏名 会社 太郎				

《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	△△△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
	フリガナ	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	
--------------------	--