

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	③ 印
		番号 284	生年月日 昭和・平成 45 年 7 月 1 日	
	④ 被保険者(請求者)の現住所	〒 103 - 0000 TEL 03 (3861) 0000 東京都中央区0001-1-1		
	⑤ 事業所の名称	(株) ニットファッション		
	⑥ 死亡した年月日	平成 1 年 5 月 1 日 令和	⑦ 死亡原因 心筋梗塞	⑧ 第三者の行為によるものですか 0:いいえ 1:はい
	⑨ 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) 被保険者の標準報酬月額
		エ) 埋葬した年月日 平成 年 月 日 令和	ウ) 埋葬に要した費用 円	
⑩ 被扶養者が死亡した場合は、その方の	カ) 氏名 健保 一	キ) 生年月日 昭和 25 年 2 月 5 日 平成 令和	続柄 父	
⑪ 介護保険法のサービスを受けていたとき	区市町村番号	受給者番号	発行機関名	

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	健保 一	死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者
	死亡年月日	平成 1 年 5 月 1 日死亡 令和	令和 1 年 5 月 5 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0002-8-3 名称 (株) ニットファッション 事業主氏名 健康 太郎 印			

「注意事項について」

- ※ 生計維持関係のある方の請求であれば⑨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⑨欄はア)、イ)、エ)、ウ)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。
- ※ 事業主の証明を受けられない場合は、死亡が確認できる書類(埋葬許可書、死亡診断書等の写し)を添付してください。

被保険者の個人口座	銀行名	000銀行
	店番・支店名	XXX XXX支店
	種類	普通 ・ 当座
	口座番号(右詰め)	1234567
	フリガナ	ケンポ イチロウ
口座名義	健保 一郎	

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	印
	受領代理人 住所 氏名	印

※ 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	印
--------------------	---