

支払年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当者	
支払額							円	
								資格
死亡年月日	令和	年	月	日	喪失	年	月	日
死亡した者の氏名				続柄				(備考)

## 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・番号				② 事業所の 名称												
	③ 被保険者の (請求者) 氏名	(フリガナ)			④ 被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日								
	⑤ 被保険者の (請求者) 住所	〒			電話 ( ) -												
	⑥ 死亡した年月日	年	月	日	⑦ 死亡 原因				⑧ 第三者の行為に よるものですか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい								
	⑨ 被扶養者が死亡した ための請求である ときは、その者の	被扶養者 氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日							
	⑩ 被保険者が死亡した ための請求である ときは、その者の	被保険者 氏名				被保険者と請求 者との身分関係											
		埋葬した 年月日	年	月	日	埋葬の要した 費用の額	円										
	⑪ 老人保健法の医療 を受けていたとき	区	市	町	村	番	号	受	給	者	番	号	発	行	機	関	名
	⑫ 日雇特例被保険者として支給をうけたときは、その額(調整減額)				円	(備考)											
	⑬ 資格喪失後家族の被扶養者とな ったときは、その被保険者証の 被扶養者が被保険者であった場 合は、その当時の被保険者証の	被扶養者 氏名			保 険 者 名 記 号 及 び 番 号	保 険 者 名	記 号 ・ 番 号										

事業主が証明する欄	死亡した 者の氏名				死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した 年月日	年	月	日	死亡
	上記の通り相違ないことを証明します。										
令和 年 月 日											
事業所所在地 〒											
事業所名称											
事業主氏名											
電話 ( ) -											

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 住所 (請求者) 氏名 _____										
代理人 事業所名 氏名 _____										
受 付 印										

※被保険者死亡の場合、③及び委任状欄は請求者の氏名をご記入下さい。  
 【添付書類】・死亡診断書の写、埋葬火葬許可証の写のいずれか1部  
 ※被保険者が死亡し被扶養者以外の者が請求者となる場合は、被保険者との関係が分かる書類(戸籍謄本)と葬式費用領収書の写も必要となります。