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

家族が死亡したとき 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) ケンポ タロウ 健 保 太 郎		④ 被保険者の生年月日	□昭和 ☑平成 XX 年 1 月 1 日
⑤ 被保険者の（請求者）住所	〒 XXX-XXXX ○○府○○市○○××番地×× 電話（XXX）XXX － XXXX			
⑥ 死亡した年月日	XX 年 4 月 4 日	⑦死亡原因	肺炎	⑧第三者の行為によるものですか □ いいえ ・ □ 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 健 保 太 吉	生年月日	☑昭和 □平成 □令和 XX 年 5 月 1 日	被保険者との続柄 父
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 XXXXXXXX	受給者番号 XXXXXXX	発行機関名 大阪府 大阪市	
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	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	健 保 太 郎	死亡した者	□被保険者 ☑被扶養者	死亡した年月日	××年 4月 4日死亡

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 ××年 5 月 10 日

事業所所在地 〒 XXX-XXXX
○○府○○市○○×丁目×-×

事業所名称 ○○○○株式会社

事業主氏名 ○ ○ ○ ○

電話（XXX）XXX－XXXX

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 XX 年 5 月 10 日

被保険者（請求者） 住所 ○○府○○市○○××番地××
氏名 健 保 太 郎

代理人 事業所名 ○○○○株式会社
氏名 ○ ○ ○ ○

任意継続（退職後）の場合、黄色枠内は無記入で、「振込口座依頼書」をご提出ください

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・印をご記入下さい。
【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。