

健康保険

被保険者
家族

埋葬料（費）および付加金請求書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号		番号		被保険者（請求者）の氏名・印			
	123		567		健康保子 生年月日：大昭平20年7月1日生			
	事業所名		〇〇〇〇株式会社					
	被保険者（請求者）の住所・電話番号		〒134 - 0001 東京都墨田区毛利 3-4-5 電話番号（自宅・勤務先・携帯） ※ 日中連絡のとれる電話番号をご記入下さい					
			(03) 3634 - 0040					
	死亡した年月日		平成 24 年 4 月 4 日		死亡原因		脳内出血	
							第三者の行為によるものですか はい・いいえ	
	被扶養者が死亡した為の請求であるときはその方の		(被扶養者氏名)		(生年月日)		被保険者との続柄	
					大昭平			
	被保険者が死亡した為の請求であるときはその方の		(被保険者氏名)		被保険者と請求者の身分関係		妻	
		健康三郎						
		埋葬した日		平成 年 月 日		埋葬に要した費用の額		
						1,500,000 円		
老人保健法の医療を受けていたとき		市区町村番号		受給者番号		発行機関名		
介護保険法のサービスを受けていたとき		保険者番号		被保険者番号		保険者名称		

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	健康三郎	死亡した者は	被保険者 被扶養者	死亡した年月日	平成 24 年 4 月 4 日
	うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 24 年 4 月 8 日 住所 東京都江東区毛利 2-6-5 事業主 〇〇〇〇株式会社 氏 名 代表取締役 〇〇 〇〇 印					

個人振込口座 通帳を確認して下さい。

プリント	銀行	両国	本店
	金庫		支店
	農協	(店番コード130)	
普通 当座	口座番号 (右ゾメで)		
		8	8 3 5 3 1 6
フリガナ	ケンポ ヤスコ		
口座名義	健 保 保 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。	
平成 年 月 日	
住所	
被保険者（請求者）氏名	印
代理人 住所	
氏名	印

※給付金の受領方法は、個人振込口座または委任状のどちらか1つにご記入ください。

（添付書類の注意）

① 事業主の証明を受けないで請求する場合は、市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書（いずれも写し可）のいずれかを添付して下さい。

② 被保険者が死亡した場合

・ 請求者が、被扶養者以外で生計維持関係のある場合は、死亡した被保険者の世帯全員の住民票を添付して下さい。

・ なお、世帯全員の住民票に死亡した被保険者の記載がない場合には、その被保険者の住民票（除票）も添付して下さい。

・ 請求者が、被扶養者以外で生計維持関係のない場合は、埋葬に要した費用の領収書を添付して下さい。

（ 受 付 日 付 印 ）

社会保険労務士の 提出代行者印	印
--------------------	---

健康保険

被保険者
家族

埋葬料（費）および付加金請求書

被 保 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号	番号		被保険者（請求者）の氏名・印		
	123	456		健 保 太 郎 生年月日：大昭平 40 年 7 月 1 日生		
	事業所名	〇〇〇〇株式会社				
	被保険者（請求者）の住所・電話番号	〒135 - 0001 東京都江東区錦糸 1-2-3 電話番号（自宅・勤務先・携帯）（03）3634-0049 ※ 日中連絡のとれる電話番号をご記入下さい				
	死亡した年月日	平成 23 年 4 月 4 日	死亡原因	肺 炎		第三者の行為によるものですか はい・いいえ
	被扶養者が死亡した為の請求であるときはその方の	(被扶養者氏名) 健 保 ヤス子		(生年月日) 大昭平 18 年 2 月 1 日生		被保険者との続柄 母
	被保険者が死亡した為の請求であるときはその方の	(被保険者氏名)		被保険者と請求者の身分関係		
		埋葬した日	平成 年 月 日	埋葬に要した費用の額	円	
	老人保健法の医療を受けていたとき	市区町村番号		受給者番号		発行機関名
	介護保険法のサービスを受けていたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者名称

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	健 保 ヤス子	死亡した者は	被保険者 被扶養者	死亡した年月日	平成 23 年 4 月 4 日
	うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 23 年 4 月 8 日 住所 東京都江東区毛利 2-6-5 事業主 〇〇〇〇株式会社 氏 名 代表取締役 〇〇 〇〇 印					

個人振込口座 通帳を確認して下さい。

プリント	銀行	本店
	金庫	支店
	農協	
	(店番コード130)	
普通当座	口座番号 (右ゾメで)	
		6 1 3 5 3 8 8
フリガナ	ケンポ タロウ	
口座名義	健 保 太 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。

	平成 年 月 日
住所	
被保険者（請求者）氏名	印
住所	
代理人 氏名	印

※給付金の受領方法は、個人振込口座または委任状のどちらか1つにご記入ください。

(添付書類の注意)

① 事業主の証明を受けないで請求する場合は、市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書（いずれも写し可）のいずれかを添付して下さい。

② 被保険者が死亡した場合

・ 請求者が、被扶養者以外で生計維持関係のある場合は、死亡した被保険者の世帯全員の住民票を添付して下さい。

・ 請求者が、被扶養者以外で生計維持関係のない場合は、埋葬に要した費用の領収書を添付して下さい。

なお、世帯全員の住民票に死亡した被保険者の記載がない場合には、その被保険者の住民票（除票）も添付して下さい。

社会保険労務士の提出代行者印

印

受付日付印