

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	健康保険の 記号		番号		被保険者（請求者）の氏名			
					生年月日 昭・平・令 年 月 日生			
	事業所名							
	被保険者（請求者）の住所・電話番号		〒 ー 電話番号（自宅・勤務先・携帯）（ ） ー ※ 日中連絡のとれる電話番号をご記入ください					
	死亡した年月日		令和 年 月 日		死亡原因		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) 昭平令 年 月 日生		被保険者との続柄	
	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 令和 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		死亡した者は 被保険者 被扶養者	死亡した年月日	令和 年 月 日
	うえのとお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 ※事業所所在地・名称事業主氏名はゴム印（スタンプ等）をご使用ください				

振込口座 ※通帳等をご確認のうえご記入ください	
(フリガナ)	(フリガナ)
銀行 労金 信金 農協 信組 漁協	本店 支店 出張所
金融機関コード	店番コード
普通・当座	口座番号
口座名義 (カタカナ)	

給付金に関する受領を代理人に委任する場合は委任状をご記入ください		
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		
被保険者 住所 〒 (請求者) 氏名 ㊞		
受取代理人の欄	代理人 〒 の住所	委任者との関係
	代理人の氏名	

※振込口座は被保険者（申請者）名義の口座をご記入ください
※代理人に委任する場合は委任状欄にご記入のうえ代理人名義の口座を記入してください
(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ください

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ください
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）も添付してください
- 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(原本)と明細書を添付してください

受 付 日 付 印

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