

健康保険 被保険者 埋葬料（費）・同付加金請求書

◎この請求書に記載されている個人情報には支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません

◎埋葬料の請求は、死亡した被保険者に生計維持されていた（例・妻）ができません

◎埋葬料の請求は、埋葬料の請求者がいない場合に請求でき、埋葬に要した請求書と領収書を添付してください

◎業務上の死因、通勤途上の災害による死亡は、埋葬料（費）は支給されません

◎埋葬料の請求は、死亡した被保険者に生計維持されていた（例・妻）ができません

請求者が記入するところ	被保険者証	記号	事業所名（または勤務していた事業所名）			
		番号				
	被保険者（請求者）氏名	フリガナ	氏 _____ 名 _____		※	被保険者と請求者の続柄は
					印	
	被保険者（現住所）	〒			自宅電話	
					携帯電話	
	死亡した被保険者の氏名					
	被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	フリガナ	氏 _____ 名 _____	生年月日	昭和・平成	続柄
				年 月 日	年 月 日	生 柄
	死亡した年月日	平成	年 月 日	死亡の原因（傷病名）		
埋葬した年月日	平成	年 月 日	埋葬に要した費用	円		
死亡が第三者の行為によるものですか	ア はい（第三者の氏名と住所 _____） イ いいえ					
老人保健法の医療を受けたとき	市区町村番号		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		死亡した年月日	平成	年 月 日	死亡
	死亡した者は	ア 被保険者 イ 被扶養者				
	うえのとおり相違ないことを証明します	平成 年 月 日				
	事業所所在地					
	事業所名					
	事業主名					印

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します ※
	被保険者（申請者）氏名 _____ 印
	事業所所在地 _____ 事業主名（代理人） _____ 事業所名 _____ 事業主名 _____ 印

受付日付印

★被保険者の死亡による請求は、「支払金融機関欄」を記入してください
 ★※の印欄は同一印をご使用ください

支払金融機関	金融機関コード		支店番号	
	銀行・金庫		本店・支店	
	口座番号（普通・当座）	フリガナ	氏 _____ 名 _____	
		口座名義		

★ 事業主の証明を得ないで請求する場合は、市区町村の埋葬許可証（写）、火葬許可証（写）または死体検案書（写）、検視調書（写）または死亡診断書（写）等を添付してください
 ★ 金融機関コードは必ず記入してください