

# 健康保険 被保険者 埋葬料(費)・付加金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号				② 被保険者(請求者)の氏名				③ 生年月日			
									5:昭 7:平 9:令			
	④ 被保険者(請求者)の住所		〒 -		電話 ( )							
	⑤ 事業所の名称											
	⑤ 事業所の所在地				電話 ( )							
	⑥ 死亡した年月日		7:平 9:令		⑦ 死亡した原因				⑧ 第三者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		⑦ 被扶養者氏名		① 生年月日				⑦ 被保険者との続柄			
					5:昭 7:平 9:令							
	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		⑩ 被保険者氏名		④ 被保険者と請求者との身分関係							
		⑦ 被保険者の標準報酬月額		⑤ 埋葬した年月日				⑦ 埋葬に要した費用				
		千円		7:平 9:令				円				
(備考)												

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑬ 死亡した者の氏名				⑭ 死亡した者		被保険者 被扶養者		⑮ 死亡年月日		7:平 9:令	
	⑯ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日											
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名												
電話 ( )												

◎ 「1. 個人振込」または「2. 事業所払い」のどちらかを記入してください。

### 1. 個人振込

口座確認のため、通帳等の銀行名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義の記載のある部分のコピーを必ず添付してください。

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード				支店番号				口座番号					
	金融機関名		銀行										支店	
	預金種別		普通・当座		口座名義人 (カタカナ)									

### 2. 事業所払い(個人振込の場合は記入しないでください)

令和 年 月 日提出  
組合受付印

委 任 状	私は下記の者を代理人と定め埋葬料(費)・同付加金の受領方を委任します。										
	令和 年 月 日										
	被保険者氏名 (請求者)		.....								
給付金受領責任者											

**(注意事項)**

1. 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。  
※二重線の近くに事業主によるフルネームの署名または押印が必要です。
2. ①は健康保険被保険者証を見て記入してください。
3. 被保険者が死亡した場合で、その他の者が請求する場合は埋葬に要した費用の領収証、費用の内訳が明記してあるものを添付してください。
4. 備考欄には被保険者の資格を喪失後の死亡であるときに、その資格喪失年月日を、また死亡のときか死亡の日の3か月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記入してください。
5. 死亡が第三者行為によるものであるときは別に「第三者行為による死亡届」を、また外傷により死亡した場合は「死亡診断書」または「死体検案書」の写をこの請求書に添付してください。
6. 事業主の証明を得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」の写、「死亡診断書」、「死体検案書」、「検視調書」の写をこの請求書に添付してください。