

# 被扶養者が死亡したとき

※支給額	円	資格	取得	平成 年 月 日
内法	円		喪失	平成 年 月 日
訳付	円	標準報酬月額		平成 年 月 千円

健康保険 被保険者 埋葬料(費)・埋葬付加金請求書  
家族

## (注意事項)

へホニハロイ

※印の欄と事業主証明欄は記入しないで下さい。  
必要な文字を○で囲んで下さい。  
埋葬料の請求の際は、埋葬に要した費用の領収書を添付して下さい。  
死亡の原因が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」を添付して下さい。  
事業主の証明を得ないで請求する場合は、市町村長の埋葬(火葬)許可書の写、死亡診断書、死亡検察書、検視調査書の写を添付して下さい。  
証明書等が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付して下さい。

請求者の記入する欄	①被保険者証の記号	記号	1	②請求者(被保険者)の氏名と印	京瀬良 次郎	③
	記号・番号	番号	12345			④
	④請求者(被保険者)の現住所	〒	614-8501	京都市伏見区1-2		
	⑤被保険者の勤務していた、又は勤務する事業所の名称	京セラ(株)本社				
	⑥死亡した年月日	平成17年1月31日	⑦死亡した原因	○○○		
	⑧被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の					
	①氏名	②埋葬した年月日	平成 年 月 日	③埋葬に要した費用	¥	(別紙証拠書のとおり)
	④被保険者の最後の標準報酬等級(月額)	等級	⑤死亡した被保険者と請求者との身分関係			
	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					
	①氏名	京瀬良 武男	②生年月日	明治 大正 昭和 平成 15年 5月 1日	③被保険者との続柄	父
⑩払渡しを希望するところ(請求者名義のものを記載してください)	京都	銀行	本店	普通貯蓄当座	口座番号 123456 口座名義人 京瀬良 次郎	

事業主証明欄	⑪死亡した者の氏名	⑫死亡した者	被保険者・被扶養者
	⑬死亡した年月日	平成 年 月 日 死亡	
	上記のとおり相違ないことを証明します 平成 年 月 日 事業主 名称 氏名	事業主に証明をうけてください	

委任欄	上記埋葬料(費)・埋葬付加金の受領を	受付印
	住所 氏名 _____ ④に委任します。 平成 年 月 日	
	請求者氏名 _____ ④ (被保険者)	