

※	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)

※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」を添付してください。
 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、死亡検索書、検視調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)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・番号	記号		②請求者 (被保険者) の氏名と印		③ 印	
	④請求者 (被保険者) の現住所	〒					
	⑤被保険者の勤務 していた、又は勤務 する事業所の名称						
	⑥死亡した年月日	平成・令和	年	月	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埋火葬した年月日	平成・令和	年	月	日	③埋火葬に要した費用 ¥ (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 (千円)	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	②生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	③被保険者との続柄
	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下さい)	銀行 信用金庫	本店 支店	普通 貯蓄 当座	口座番号	カナ	

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・令和	年	月	日	死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 名称 氏名 氏名 印					

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