

※	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下さい。
 死亡診断書、死亡検索書、検視調書の写を添付して下さい。
 証明書の証明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請求者 (被保険者) の現住所	〒									
	④被保険者の勤務 していた、又は勤務 する事業所の名称										
	⑤死亡した年月日	平成・令和	年	月	日	⑥死亡した原因					
	⑦被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の										
	⑦氏名		⑧埋火葬した年月日	平成・令和	年	月	日	⑨埋火葬に要した費用	¥		(別紙証拠書のとおり)
	⑩被保険者の最後の標準報酬等級(月額)		等級	(千円)	⑪死亡した被保険者と請求者との身分関係					
	⑧被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の										
	⑧氏名		⑨生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑩被保険者との続柄			
	⑪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	本店	普通	貯蓄	当座	口座番号		カナ	

事業主証明欄	⑫死亡した者の氏名		⑬死亡した者	被保険者・被扶養者		
	⑭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					

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