

※	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
家族

埋葬料(費)・埋葬付加金請求書

(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。
埋葬費の請求の際は、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 番号		②請求者 (被保険者)の氏名	
	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	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	令和	年
				月	日
	⑨被保険者の最後の標準 報酬等級(月額)	等級 (	千円)	⑩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				
	⑦氏 名		⑧生年月日	昭和 平成 令和	年
				月	日
			銀行	本店	普通
			信用金庫	支店	貯蓄
⑨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)					口座番号
					口座名義人

事業主証明欄	⑩死亡した者の氏名		⑪死亡した者	被保険者・被扶養者
	⑫死亡した年月日	平成・令和	年	月
	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				
	令和 年 月 日 請求者氏名 (被保険者)				