



健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

◎ ◎ 記入にあたって、注意事項をよく読んでください。
※ 印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号			④ 生年月日			⑤ 被扶養者番号		⑦ 受取代理人		⑧ 受付年月日	
①	②	③	1: 昭平令 3: 昭平令 5: 昭平令	年	月	日	※	※	0: 無 1: 有	※	年 月 日
① 被保険者の(請求者)氏名と印		(フリガナ)				⑦ 名称					
被保険者の(請求者)住所		⑩ 郵便番号		(フリガナ)		⑧ 所在地		(電話番号)			
⑫ 死亡した年月日		令和 年 月 日		④ 死亡原因		⑬ 第三者の行為によるものです		か0: いいえ 1: はい			
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その方の		⑪ 被扶養者氏名		① 大正昭和平成 年 月 日		② 被保険者との続柄					
被保険者が死亡したための請求であるときは、その方の		⑫ 被保険者氏名		③ 被保険者と請求者との身分関係		④ 被保険者の標準報酬月額		千円			
		⑭ 埋葬した年月日		令和 年 月 日		⑤ 埋葬に要した費用の額		※			
介護保険法のサービスを受けていたとき		⑮ 保険者番号		⑯ 被保険者番号		⑰ 保険者名称					
※		円		⑱ 調整減額コード		⑲ 海外表示		備考			
※ 法定給付						0: 国内 1: 海外					
付加給付											

⑳ 死亡した者の氏名	㉑ 死亡した者	被保険者	⑲ 死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡
㉒ うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
住所 〒					
事業主 氏名 (印) 電話 (局) 番					

支払区分	※ 銀行振込 (ゆうちょ銀行の場合は支店名に5ケタの記号を明記してください)	預金種別	1. 普通口座 2. 当座	銀行 金庫 農協	本店 支店
金融機関コード				(フリガナ) 名 義	
口座番号					

受取代理人の欄	㉓ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日				令和 年 月 日 提出
	被保険者住所 (請求者) 氏名 (印)		㉔ 委任者と代理人との関係		受付日付印
	代理人の氏名と印 (フリガナ)				
代理人の住所	㉕ 郵便番号	(フリガナ)	㉖ 住所コード	送信	

社会保険労務士の提出代行者印	(印)
----------------	-----