健康保険 埋葬料(費)及び埋葬付加金請求書（ 被保険者・家 族 ）

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号	－	被保険者又は請求者の氏名･印		印	
被保険者又は請求者の住所・TEL	〒□□□-□□□□ TEL － －				
被保険者の事業所名称		被保険者の業務の職種			
死亡した年月日	平成 年 月 日	死亡原因		第三者行為によるものか？	はい いいえ
家族(被扶養者)が死亡した時の請求	死亡した被扶養者氏名		明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
	埋葬した年月日	平成 年 月 日	埋葬に要した費用の合計額	円	
被保険者(本人)が死亡した時の請求	死亡した被保険者氏名		被保険者(死亡者)と請求者との身分関係		
	請求者の住所・TEL	〒□□□-□□□□ TEL － －			
	埋葬した年月日	平成 年 月 日	埋葬に要した費用の合計額	円	
資格喪失後、被扶養者となった時はその被保険者証の		保険者名		記号	
				番号	
被扶養者が被保険者であった場合は当時の被保険者証の		保険者名		記号	
				番号	

受取金融機関	銀行 支店	普通預金口座番号	
	被保険者(請求者)の口座名義	フリガナ	
	ゆうちょ銀行を指定の場合は必ず他の銀行から振込みできる支店名(数字３ケタ)と口座番号を記入のこと		

事業主の証明

死亡した者の氏名		死亡した者は	・被保険者 ・被扶養者	死亡した年月日	平成 年 月 日

うえのとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

住所(所在地)
事業主名称 印
事業主氏名

TEL -( )-

健保組合が記入

資格関係	取得 年 月 日		給付金額	埋葬諸費									
	喪失 年 月 日			埋葬付加金									
標準報酬月額	千円			合計給付額	百万	十万	万	千	百	十	一		

受付印	支払印	備考	常務理事	事務長	会計	給付