

同 年 月 日	令和 年 月 日
決 議 年 月 日	令和 年 月 日
支 給 額	円
標 準 報 酬 月 額	千円
資 格 喪 失 年 月 日	平成・令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書  
被扶養者

請求日 : 令和 年 月 日

請求者が記入するところ	① 被保険者証の記号番号		記号	② 請求者の氏名			
			番号				
	③ 請求者の現住所				〒		電話
	④ 死亡された方の氏名			⑤ 請求者との続柄		⑥ 死亡年月日	
						平成・令和 年 月 日	
	⑦ 死亡した原因(病名)			⑧ 第三者行為によるものですか			
				はい ・ いいえ			
	⑨ 埋葬した年月日		⑩ 埋葬に要した費用		*⑨⑩の欄は、被保険者が死亡し、かつ被扶養者以外の方が埋葬を行って請求をする場合に記入し、埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳が明記してあるもの)を必ず添付してください。		
	平成・令和 年 月 日		円				
	*被保険者が請求される場合は、記入不要です。						
⑪ 支払金融機関	金融機関名		支店名				
	預金種目		普通・当座		口座番号		
	口座名義		(カナ)		*口座名義は、請求者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。		
		(漢字)					

*被保険者が請求する場合のみ記入してください。(退職者、任意継続被保険者は除く)	
委任状	⑫ 私は、事業主を代理人と定め、埋葬料の受領を委任します。
	住所 本人 氏名
	住所 ※代理人 氏名
⑬	

受 付 印

※請求に当たっての留意事項

1. 太枠内を記入下さい。
2. ①は、健康保険被保険者証に書いてあるものを、そのまま転記し
3. ⑫の本人の欄は、被扶養者が亡くなった場合、事業主経由(給与振込)で支給するため、必ず記入してください。  
※印の代理人欄は、会社が記入しますので、申請者は記入しないでください。