

# 健康保険 被保険者 埋葬料（費） 請求書

## 家 族 埋葬料付加金

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。太枠内は楷書で丁寧にご記入ください。  
 ※記入内容を訂正される場合は、下記②欄に押された印鑑(★)を訂正印として必ず押してください。

### 被保険者記入欄

① 被保険者証の	記号	番号	② 請求者の氏名と印			
③ 請求者の現住所	〒 -		日中連絡の取れる電話番号 ( )			
④ 個人番号 (マイナンバー) (*上記①欄/記号番号 記入の場合は、不要です)			⑤ 被保険者の勤務先 事業所名称			
⑥ 死亡年月日	平成	年	月	日	⑦ 死亡原因	
⑧ 死亡した方の氏名				⑨ 請求者と 死亡した方の関係	(妻・長男等)	
⑩ 埋葬した年月日	平成	年	月	日	⑪ 埋葬に要した費用の額	円
死亡した方が 資格喪失後 または加入 3ヶ月以内に 死亡した場合	(資格喪失後または加入3ヶ月以内に死亡した場合、死亡当日または加入3ヶ月前に加入していた健康保険について)					
⑫	健康保険名(保険者名)	被保険者氏名		(本人・家族)の別	(健康保険証)記号	(健康保険証)番号
				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
⑬ 傷病手当金・出産手当金について	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了後3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 請求中					
⑭ 第三者の行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		⑮ 第三者行為によって 負傷した事実の届出	<input type="checkbox"/> 届出した <input type="checkbox"/> 届出していない		
⑯ 介護保険法によるサービス 受けていたとき	(保険者番号) (保険者名称)		(被保険者番号)			

### 提出書類

- 1 埋葬費用の領収証(請求者の氏名記載のある原本)
  - 2 埋葬費用の明細書
- \* 埋葬費の請求の場合のみ必要です。

### 事業主証明欄

訂正される場合は、下記⑳に押された印鑑にて、訂正印として必ず押してください。

⑰ 死亡した方の氏名		⑱ 死亡した方	被保険者・被扶養者			
⑲ 死亡年月日	平成	年	月	日	⑳ 死亡原因	
上記のとおり相違ないことを証明します。			平成	年	月	日
事業所所在地						
事業所名						
事業主氏名			印	電話	( )	

### 振込先金融機関の欄

\*請求者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄」に必ずご記入・押印してください。  
 (請求者印(★)代理人印(☆)は、別々の印鑑で押印し、ご提出ください。)

銀行・店名	(店番号)	(店名)	本店	支店	本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。
銀行・金庫					請求者 (住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同じ
預金種別	普通・当座				
口座番号 (左づめでご記入ください)					(氏名) <input type="checkbox"/> 上記②と同じ    (★)
口座の名義人	(カタカナでご記入ください)				請求者と代理人との関係    配偶者・親子・その他( )
					代理人(口座の名義人) (住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同じ    (☆)
					(氏名)