

# 健康保険

# 被保険者 家族

# 埋葬料（費） 埋葬料付加金

# 請求書

# 記入例

※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 3000	番号 20	② 請求者の氏名と印	不動産 はな
③ 請求者の現住所	〒 330 - 0000 埼玉県さいたま市〇〇		日中連絡の取れる電話番号 000 ( 000 ) 0000	
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	〇〇(株)
⑥ 死亡年月日	平成 28 年 4 月 15 日	⑦ 死亡原因	急性心筋梗塞	
⑧ 死亡した方の氏名	不動産 一郎		⑨ 請求者と 死亡した方の関係	夫 (妻・長男等)
⑩ 埋葬した年月日	平成 28 年 4 月 20 日	⑪ 埋葬に要した費用の額	円	
⑫ 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)			
	健康保険名(保険者名)	被保険者氏名	(本人・家族)の別 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	(健康保険証)記号 (健康保険証)番号
⑬ 傷病手当金・出産手当金について	<input checked="" 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を 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

- 埋葬費用の領収証(請求者の氏名記載のある原本)
  - 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。

⑯ 死亡した方の氏名	不動産 一郎	⑰ 死亡した方	被保険者 被扶養者
⑱ 死亡年月日	平成 28 年 4 月 15 日	⑲ 死亡原因	急性心筋梗塞
⑳ 上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 28 年 6 月 1 日	
事業所所在地	新宿区〇〇〇		電話 03 ( 0000 ) 0000
事業所名	〇〇〇(株)		
事業主氏名	健保 一		

## 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	ゆうちょ	(店番号) 777	受取代理人の欄	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。		
預金種別	銀行 金庫	(店名) 七七七 本店		請求者 (住所) □上記②と同じ		
口座番号 (左づめでご記入ください)	普通 当座	支店		(氏名)		
口座の名義人	(カタカナでご記入ください)			被保険者と代理人との関係	配偶者・親子・その他( )	
	ブドウサン ハナ			代理人(口座の名義人) (住所) □上記②と同じ	(氏名)	