

健康保険 被保険者・家族

埋葬料（費）請求書

この請求書に合わせてご提出ください。

- ・死亡診断書または埋葬許可証等の写し
- ・権利継承届兼誓約書(被保険者死亡の場合のみ)

※被保険者が死亡の場合で被扶養者以外の方が請求する場合は

下記①または②の状況について、該当する方を合わせてご提出ください。

- 被保険者により生計維持された方が請求する場合は、全部事項証明書をご提出ください。
(上記で被保険者との間柄を証明できない場合は、健保組合までご連絡ください。)
- 生計維持関係がない方が請求される場合は、下記確証をご提出ください。
・領収書原本(宛名は埋葬費請求者フルネーム記載)・内訳の記載された明細書等

健保使用欄		受付年月日	
受付	令和 年 月分		
支払年月日	令和 年 月 日		

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

請求者情報	被保険者証 記号・番号	記号	1	番号	請求者氏名	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	請求者住所 〒
	事業所名				電話番号	日中連絡がとれる番号

請求内容	死亡した方の氏名	生年月日 性別	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被保険者から見た 続柄	死亡年月日	令和	年	月	日	
	死亡原因						
	第三者行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					
	被保険者が死亡した場合のみ下記ご記入ください。						
	死亡した被保険者と 請求者の続柄						※健保使用欄
	振込先 金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫	<input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
口座番号	口座名義 ※カタカナで記入						
※被保険者が死亡し生計維持関係がない方が請求される場合は、埋葬に要した費用の額と埋葬年月日をご記入ください。							
埋葬に要した 費用の額	円	埋葬年月日	令和	年	月	日	

事業主証明欄	被保険者が死亡した場合のみ下記ご記入ください。					
	死亡した方の氏名	死亡年月日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
	所在地	事業主名称	氏名			

委任状	私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。 ※被保険者死亡の場合は記入不要です。					
	被保険者 (申請者)	氏名 (自署)	令和 年 月 日			
	代理人 (事業主)	所在地 名称 氏名	※自署できない場合は捺印が必要です。			