

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

保険者証等の記号・番号										④ 生 年 月 日				⑤被扶養者番号		⑦受取代理人		⑧受付年月日	
① ② ③										昭和 平成 令和				※		※ 0 1 無有		※ 年 月 日	
⑨被保険者の (請求者) 氏名と印										印		事業所の ア 名称 イ 所在地							
⑩被保険者の (請求者) 住 所										⑩郵便番号		(フリガナ)				(電話番号)			
⑪住所コード										※									
⑫死亡した年月日										平成・令和		年 月 日		ウ 死亡原因		⑬第三者の行為によるものですか			
																0. はい 1. いいえ			
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の										エ 被扶養者氏 名		オ 生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日		カ 被保険者との続柄			
被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の										キ 被保険者氏 名		ク 被保険者と請求者との身分関係		ケ 被保険者の標準報酬月額		千円			
⑭埋葬した年月日										平成・令和		年 月 日		⑮ 埋葬に要した費用の額		※ 円			
老人保健法の医療を受けていたとき										コ 区市町村番号		サ 受給者番号		シ 発行機関名					
⑯ 法第69条の7被保険者として支給を受けたときは、その額(調整減額)												※ ⑰調整減額コード		⑱海外表示		⑲特別支給コード			
														0 : 国内 1 : 海外		(備考)			
ス 資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の										保険者名、記号及び番号		保険者名		記号番号					
セ 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の																			
事業主が証明する欄										ソ 死亡した者の氏名		タ 死亡した者		被保険者被扶養者		チ 死亡した年月日			
										平成・令和		年 月 日		死亡					
ツ うえのとおり相違ないことを証明します。										住所 〒		事業主 氏名		印		電話 ()			
支払金融機関の欄										※ ⑳支払区分		22 預金種別		テ		銀行 金庫 農協			
										1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払		1:普通 2:当座 3:通知 4:別段				支店 支店			
㉑金融機関コード										※				口座名義					
㉒口座番号										※						郵便局			
ト 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。												年 月 日		令和 年 月 日提出					
受取代理人の欄										被保険者 住所 (請求者) 氏名		印		ナ 委任者と代理人との関係		受付日付印			
㉔代理人の氏名と印										(フリガナ)									
代理人の住所										㉕郵便番号		(フリガナ)		送信					
										㉖住所コード		※							
担当者所												印							