健康保険　被保険者 家族　埋葬料(費)請求書

◆「※」欄は記入不要です。

被保険者が記入するところ

被保険者等の記号・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　年　月　日	※	※ 0 無 1 有	送信	※　年　月　日

⑨被保険者の(請求者)氏名と印	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	事業所の	ア 名称	
			イ 所在地	

⑪被保険者の(請求者)住所	⑩郵便番号		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(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 / 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)	円	※	⑰調整減額コード	⑱海外表示 (0:国内 1:海外)	⑲特別支給コード	(備考)

ス 資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者等の 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等の	保険者名、記号及び番号等	保険者名	記号番号等

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。

事業主　住所 〒

氏名　　電話　(　　)

支払金融機関の欄

⑳支払区分	※ 1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	㉒預金種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	テ 銀行 金庫 農協　支店 支店
㉑金融機関コード	※			口座名義
㉓口座番号	※			郵便局

受取代理人の欄

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

被保険者(請求者)　住所

氏名

㉔代理人の氏名と印	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	ナ 委任者と代理人との関係

代理人の住所	㉕郵便番号		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	送信
	㉖住所コード	※		

令和　年　月　日提出

受付日付印

担当事業所者	