

※支給決定日		支給決定日 令和 年 月 日			
支給額	法定給付	款 項 目	常務理事	事務長	担当
	合計	円			

健康保険 被保険者 埋葬料（費）請求書
家 族

被保険者（請求者） が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日
	被保険者（請求者）氏名 生年月日	フリガナ		被保険者（請求者）住所	〒							
	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日			電話 ()							
	所属事業所及び部署名	電話 ()										
	死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡原因	第三者の行為によるものですか					
							はい・いいえ					
被扶養者が死亡した場合	死亡した者の氏名・生年月日・続柄		フリガナ		昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者との続柄	(備考)				
被保険者が死亡した場合	死亡した者の氏名・生年月日・身分関係 葬祭日・葬祭費用		フリガナ		昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者と請求者との身分関係					
生計維持されていなかった者が請求する場合	埋葬した年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用	円					

※死亡についての事業主の下記証明欄の記入、又は、火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書（写）のうちいずれか1つを添付してください。

※被保険者が死亡した場合は、被扶養者または被扶養者以外の遺族（配偶者・子・父母・兄弟姉妹）が請求してください。
被扶養者以外の遺族が請求される場合は、被保険者との続柄が確認できる書類（住民票・戸籍謄本等）を添付してください。

※被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬に要した費用の「領収書」（費用内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの）を添付してください。

事業主の証明する欄	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 電話										

委任状	私は、埋葬料の受領に関することを事業主に委任いたします。										
	令和 年 月 日										
被保険者氏名											

支払金融機関	※被保険者が死亡し、埋葬料（費）を受け取る人の金融機関 振込指定先をご記入ください	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合									
		支店番号	普通		預金番号（右づめ）						
		名義人（フリガナ）									

令和 年 月 日提出
受付日付印