

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決済年月日	年 月 日
支給額	円
支給内訳	埋葬料 円
	埋葬費 円

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日	
資格喪失	年 月 日	
支払年月日	年 月 日	

被保険者
家族

埋葬料（費）請求書

① 被保険者証の記号・番号		被保険者の勤務している ② た、または勤務している 事業所の	(7) 名称	
			(イ) 所在地	
③ 死亡した年月日	令和 年 月 日	④ 死亡原因		
⑤ 被保険者が死亡したた めの請求であるときは その者の	(7) 氏名	(イ) 埋葬した 年月日	年 月 日	(ウ) 埋葬に要し た費用
	(エ) 被保険者(最後) の標準報酬月額	千円	(オ) 死亡した被保険者と 請求者との身分関係	金 円
⑥ 被扶養者が死亡したた めの請求であるときは その者の	(7) 氏名	(イ) 生年月日	年 月 日	(ウ) 被保険者 との続柄
		大昭平令		
⑦ 後期高齢者医療制度の 医療を受けていたとき	市 町 村 番 号	受 給 者 番 号	発 行 機 関 名	
⑧ 備 考				
⑨ 振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 当座)			
上記のとおり申請します。				
令和 年 月 日 千 一				
健康保険組合理事長殿 住所 請求者の 氏名 ⑩				

委 任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	金	日請求した被保険者埋葬料(費)・家族埋葬料(費)のうち
	円也の受領に関すること。	
	年 月 日	
	請求者の	住所 氏名 ⑪
	代理人の	住所 氏名 ⑫
⑩ 振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 当座)	

領 収 書	金	円也但し
		うえの金額を領収いたしました。
	年 月 日	
	健康保険組合理事長 殿	
	住所 千	
	受領者 氏名	⑬

事業主の 証明	⑭ 死亡した者の氏名		⑮ 死亡したもの	被保険者 ・ 家族
	⑭ 死亡した年月日	年 月 日死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	年 月 日	千 一		
	住所			
	事業主 氏名			⑯

●注意事項

- ア. 標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字を○で囲むこと。
- イ. ①欄は、健康保険の被保険者証を、⑤の(エ)欄は事業主から交付された死亡当時の「賃金支払内訳票」などをみて記載すること。
- ウ. 被保険者が死亡したための請求であるときは、⑥の(ア)、(イ)、(ウ)の各欄に、又家族が死亡したための請求であるときは、⑤の(ア)から(オ)までの各欄に「該当せず」とし、その他の欄はもれなく記載すること。

⑤の(イ)と(ウ)の欄は、死亡した被保険者の家族で埋葬を行う者が請求する場合に限り「該当せず」とし、その他の者が請求（この場合は標題の「料」の文字を抹消すること。）する場合は必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書（費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること。）を添えること。なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
- オ. ⑧欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときには、その資格喪失年月日を、また死亡のときが死亡の日の3か月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記載すること。
- カ. ⑨欄は、請求者が直接受領するときに振込希望の銀行名を記載すること。
- キ. ⑩欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込希望銀行名を記入してください。
- ク. ⑪欄は、直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。
- ケ. 死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病届」を作成し、この請求書に添付すること。

●添付書類

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写を添付してください。