

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

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

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	1 0 1 1 - 2 5 6 8	被 保 険 者 が 勤 務 する (し て い た) 事 業 所	名 称	〇〇△△ 株式会社	
			所 在 地	東京都〇〇区〇町 2-7-3	
死 亡 し た 年 月 日	令和 2 年 5 月 15 日	死 亡 原 因	心筋梗塞		
【被保険者（本人）が死亡したための請求の場合】					
被 保 険 者 氏 名		埋 葬 し た 年 月 日	年 月 日	埋 葬 に 要 し た 費 用	円
被 保 険 者 (最 後) の 標 準 報 酬 月 額	千円	死 亡 し た 被 保 険 者 と 請 求 者 と の 身 分 関 係			
【家族（被扶養者）が死亡したための請求の場合】					
ご 家 族 の 氏 名	健保 ミヨ	生 年 月 日	昭 平 令 8 年 12 月 13 日	被 保 険 者 と の 続 柄	実母
家 族 が 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		
① 備 考					
② 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。 健康保険組合理事長殿					
請求者の住所 東京都 〇〇区 □△町3-9					
請求者の氏名 健保 太郎					

委 任 状	私は 〇〇〇〇 を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	本申請に基づく給付金の受療に関すること。 年 月 日				
	請求者の住所氏名	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	代理人の住所氏名	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
③ 振 込 希 望 の 銀 行	銀行	支 店 ( 普 通 当 座 )			

事 業 主 の 証 明	死亡した者の氏名	死亡した者	被 保 険 者 ・ 家 族
	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。		
	事業主の住所氏名	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 年 月 日	

## ●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。

ウ. ②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。

エ. ③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。

オ. 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、この請求書に埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、除籍謄本のうち、いずれか一つの写しを添付してください。