

健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)請求書

令和 年 月 日提出

請求者が記入するところ	① 被保険者証の 記号 番号		② 被保険者(請求者)の氏名		③ 被保険者(請求者)の住所	
			TEL () -		〒 -	
	④ 事業所の名称					
	⑤ 死亡年月日		令和 年 月 日		⑥死亡原因	
	⑦第三者行為によるもので		あ る ・ な い		⑧交通事故で	
					あ る ・ な い	
	被 保 険 者 が 死 亡 の と き					
	⑨ 被保険者氏名			⑩被保険者からみた 請求者との続柄		
	⑪ 埋葬年月日		令和 年 月 日		⑫埋葬に要した費用	
					円	
⑬※資格喪失後3ヶ月以内に死亡したとき、又は資格喪失後傷病手当金等を受給中に死亡したときに請求するときに記入してください。						
死亡した方は、健康保険の被扶養者になっていましたか						
1.はい		資格喪失後に加入していた保険者名				
		記号番号				
2.いいえ						
被 扶 養 者 が 死 亡 の と き						
⑭ 被扶養者の氏名			⑮続 柄		⑯生年月日	
					昭・平・令 年 月 日	

金額の受領委任欄	⑳本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。	
	令和 年 月 日	被保険者氏名 (請求者)
	委任された者の	事業所名 住 所 氏名

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	死亡した者は	・被 保 険 者 ・被 扶 養 者	
	死亡した年月日	令和 年 月 日 死亡		
	死亡原因 (傷病名)	備考		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	令和 年 月 日	事業所	所在地 名 称 事業主名	