

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

平成 ○○年 ○月 ○日請求

(該当条文 法第四九条・第五六条・第五九条の三)

転記して
保険証から
ください

不明の場合
は無記入可

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	(記号) 1 2 3 (番号) 4 5 6 7 8	② 請求者の 氏名と印	健保 花子			③ 印	
	④ 請求者の 現住所	(〒 —) ○○県△△市××5-6-7						
入 る こ ろ	⑤ 被保険者の 勤務していた 又は勤務する 事業所の	名称	○○○○株式会社					
		所在地						
入 る こ ろ	⑥ 死亡した 年月日	平成 ○○年 ○月 ○日	⑦ 死亡した 原因	急性心筋梗塞				
	⑧ 被保険者が死亡 したための請求 であるときは被 保険者の	氏名	健保 一郎	埋葬した 年月日	平成○○年 ○月 ○日	埋葬に要 した費用	金 円 <small>(別紙証書の通り)</small>	
入 る こ ろ		被保険者の最後の 標準報酬月額		4 4 0	千円	死亡した被保険者と 請求者の身分関係	妻	
	⑨ 被扶養者が死 亡したための 請求であるとき は被扶養者の	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	被保険者と の続柄		
入 る こ ろ	⑩ 支払金融 機関	○○		銀行 信用金庫	△△	本店	預金の種別	普通・当座
					支店		口座番号	1231234
							名義人名 <small>(カタカナ)</small>	ケンポ ハナコ
⑪ 備考								

(規則第五九条・第六〇条・第六三条の五)

任意継続被保険者・
特例退職被保険者は不要

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	⑫ 死亡した者 の氏名	健保 一郎	⑬ 死亡した者は	被保険者 被扶養者 ()			
	⑭ 死亡した 年月日	平成 ○○年 ○月 ○日	⑮ 死亡の原因	急性心筋梗塞			
事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	うえの通り相違ないことを証明します。 平成 年 月 日						
	⑯ 住所	東京都○○区○○1-2-3 ×××株式会社 代表取締役社長					⑰ 氏名
委 任 状	私は 年 月 日に請求した 埋葬料(費)請求書の受領方を委任します						
	本人	住所 氏名					
代理人	住所 氏名						印

請求者以外の方の口座へ振り込む場合は
必ずこの欄に記入・捺印してください