

# 健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

被保険者  
家 族

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)

被 保 險 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 一郎		③ 印	
	④ 請求者の 現住所	(〒 - ) ○○県△△市××5-6-7					
	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					
	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		埋葬した 年月日	平成 年 月 日	埋葬に要 した費用	金 円 <small>(別紙証拠書の通り)</small>
		被保険者の最後の 標準報酬月額		千円	死亡した被保険者と 請求者の身分関係		
	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	健保 松子	生年月日	昭和 平成 ○○年○月○日	被保険者 との続柄	母
	⑩	支払金融 機関	銀行	本店	預金の種別	普通 ・ 当座	
			信用金庫	支店	口座番号		
			名義人名 <small>(カタカナ)</small>				
⑪ 備 考							

保険証から  
転記してください

(任意継続被保険者・特例退職被保険者の方は給与と一緒に支給しますので記入不要です)

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 松子	⑬ 死亡した者は	被保険者 ・ 被扶養者 ( 母 )	
	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	
	うへの通り相違ないことを証明します。				
委 任 状	私は 代理人と定め平成 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			印
	代理人	住所 氏名			印

(規則第五九条・第六〇条・第六三条の五)

被保険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