

健康保険埋葬料（費）請求書

支給決定何

常務理事	事務長	係

請求者の	氏名 住所 〒 Tel (自宅) ()	(健保記入欄) 標準報酬月額 千円
被保険者の	記号 番号	所属事業所 (注1) 株式会社 店・部 Tel (会社) ()
死亡した人の	氏名 昭和・平成・令和 年 月 日生	死亡の 年月日 令和 年 月 日
続柄	1. (被保険者死亡の場合) 請求者は、死亡した人の () です。 2. (被扶養者死亡の場合) 死亡したのは、被保険者の () です。	
死亡の原因		
死亡が第三者の行為によるものであるときは、その事実、第三者の住所・氏名 (不明のときはその旨)		
被保険者が死亡し、被保険者によって生計を維持していた者以外のものがその埋葬を行った場合には、下記の欄もご記入ください。(埋葬費請求の場合のみ記入し、埋葬に要した費用の領収書・費用明細 (原本) を添付してください。)		
埋葬した年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用 円
備考	(資格喪失後の死亡の場合には、資格喪失年月日等を記入のこと)	

(注1) 退職された方は、特例退職・任意継続をご記入ください。

事業主証明欄	死亡した被保険者の氏名	死亡した年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ありません。 事業主 住所 氏名 Tel ()		令和 年 月 日

(注2) 事業主証明欄 (被保険者死亡の場合のみ記入可) に記載のないときは、埋葬許可証・死亡診断書 (死体検案書又は検視調書) の写しのどちらかを添付してください。

支払指定 金融機関	銀行名 銀行 支店	口座名義人 (フリガナ)
(請求者の口座を記入)	科目別 (どちらかに○) 普通・当座	口座番号

※記号3の方は給与と同時振込となりますので、支払指定金融機関の記入は不要です。