

健康保険

被保険者
家族

埋葬料（費）請求書

請求者が記入するところ	① 被保険者証の記号と番号	記号 番号	② 被保険者（請求者）の氏名及び生年月日	S・H・R	年	月	日生	③	印	
	④ 被保険者（請求者）の現住所	〒 - (TEL)								
	⑤ 被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の名称									
	⑥ 死亡年月日	令和	年	月	日	⑦ 死亡した原因				
	⑧ 第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ								
	⑨ 被保険者が死亡した為の請求であるときはその者の	(ア) 氏名		(イ) 埋葬した年月日	令和	年	月	日	(ウ) 埋葬に要した額	金 円
		(エ) 被保険者の（最後の）標準報酬月額	千円(オ)	死亡した被保険者と請求者との身分関係						
	⑩ 被扶養者が死亡した為の請求であるときはその者の	(ア) 氏名		(イ) 被保険者との続柄		(ウ) 生年月日	S・H・R	年	月	日生
		⑪ 死亡した者が老人保健法の医療を受けていた時	市町村番号	受給者番号	発行機関名					
	⑫ 備考									
	⑬ 振込希望銀行口座	(フリガナ)	銀行信用金庫			(フリガナ) 支店				
		種別	店コード	口座No.			氏名(フリガナ)			
		普通・貯蓄・当座								

※ 郵便局・農協への振込は行っていません

事業主の証明	⑭ 死亡した者の氏名	⑮ 死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者						
		⑯ 死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡		
	うえのとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日							
事業主	⑰ 住所	⑱							
	⑲ 氏名	印							
	(TEL)							

< 備考 >	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記入してください。 ※マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
--------	---

事業所 担当者印

(記入方法について)

- ◎ 被保険者が死亡したための請求であるときは⑩欄に、また被扶養者が死亡したための請求であるときは⑨欄に「該当せず」とし、その他の欄はもれなく記載すること。
- ◎ ⑪欄は老人保健の医療受給証に書いてあります。

(添付書類について)

- ◎ 事業主の証明を得ないで請求する場合は、次のいずれかをこの請求書に添付して下さい。 — 受付日付印 —
市区町村長の埋葬許可証 又は火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書。
- ◎ 被保険者が死亡し、被扶養者でない方や生計維持関係のない方が埋葬を行い申請する場合
・・・ 埋葬に要した費用の領収書（費用の内訳として品名・数量・単価及び金額が明記してあるもの）を添付してください。 また、⑨の(イ)と(ウ)の欄を必ず記載して下さい。
- ◎ 死亡が第三者の行為によるものである時は、別に第三者行為による傷病届をこの請求書に添付して下さい。
- ◎ 証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。