

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 請求書  
 家族 埋葬料(費)付加金

常務理事	事務長	担当者

届出年月日	令和 年 月 日 提出			
被 保 険 者 情 報	① 被保険者 記号・番号	記号	番号(従業員番号)	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)
	③ 事業所名称	④ 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
	⑤ 住所及び 電話番号	〒 電話番号		
	⑥ 死亡した方の 死亡年月日と 原因	死亡した日 令和 年 月 日	死亡原因	第三者の行為によるものですか はい いいえ 「はい」のときは別の届を出していただくことがあります。
	◆家族(被扶養者)が死亡したための請求であるとき			
死 亡 し た 方 に 関 す る 情 報	⑦ 被扶養者の 氏名等	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄
	◆被保険者が死亡したための請求であるとき			
	⑧ 被保険者の 氏名等	氏名	埋葬した年月日 昭・平・令 年 月 日	埋葬に要した費用 千 円
	⑨ ●亡くなられた方が被扶養者のときは、「被保険者」として加入されていた健保組合等の被保険者資格を退職等の事由で喪失し、かつ以下の3項目に該当する場合は以前加入されていた保険者名等を、亡くなられた方が被保険者のときは、当健保組合の資格喪失後に家族の被扶養者となられていて、かつ以下の3項目に該当する場合は現在加入されている保険者名等を記入してください。 1. 資格喪失後、3か月以内に亡くなられた 2. 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられた 3. 2の受給終了後、3か月以内に亡くなられた			
	加入していた(している)保険者名		記号および番号	被保険者氏名
⑩ ●介護保険法のサービスを受けていたときは記入してください。				
市町村番号(右寄せ)		受給者番号(右寄せ)	発行機関名	
埋 葬 料 (費) の 受 領 方 法 等	⑪ 委任状 【被保険者が受領 する場合】(給与口 座へ振込み)	私は事業主を代理人と定め、埋葬料(費)および同付加金の受領方を委任します。 被保険者氏名		
	⑫ 被保険者以外が 代理で請求・受領 する場合代理人の	(フリガナ) 氏名 被保険者との続柄 または身分関係	住所等 〒 電話	
	⑬ 振込希望口座 【被保険者以外が 請求する場合】(⑫ の代理人の金融機 関口座)	金融機関 名称 口座種別 口座名義 (カタカナ)	銀行 信組 金庫 農協 当座 普通 口座番号(右詰め)	本店 支所 支店 出張所 ゆうちょ銀行は 右欄に店番号

※ 被保険者が死亡した場合、被扶養者以外の家族または関係者が埋葬を行なったときは、埋葬に要した費用の領収書と費用の内訳書の写しをそれぞれ添付してください。  
 ※ 提出の際は、火葬(埋葬)許可証や死亡診断書等の写しなど、死亡の事実を証明する書類を添付してください。書類を添付できないときは、別紙『埋葬料(費)の請求に関する証明書』の何れかひとつに証明を受けて添付してください。

受付日付印

健 保 使 用 欄	支給額	千 円	給付内訳	法定給付	円
	支給日	令和 年 月 日	付加給付		円
	資格得喪日	取得 令和 年 月 日	喪失	令和 年 月 日	

被保険者の記号と番号を記入したときは、右欄は記入不要です。記号・番号に代わり個人番号(マイナンバー)で届出を行なうときに限り記入してください。ただし、被保険者の個人番号であることを特定する書類の添付が必要です。