

健康保険被保険者家族埋葬料（費）請求書

(注 意 事 項)

1. 標題の、被保険者・家族の文字は、いずれか該当する文字を○で囲んでください。
2. ①欄は、健康保険の被保険者証を見て記載してください。
3. ②欄は、被保険者が自ら署名する場合に、被保険者の押印は省略することができます。
4. ⑦と⑧の各欄は、印漏れのないよう、かつ、はつきりと押印してください。
5. 被保険者が死亡したための請求であるときは、⑩の各欄は、被扶養者が死亡したため
6. 請求であるときは⑨の⑦から⑩までの各欄は該当せずとし、その他の欄は、洩れなく記載してください。
7. ⑨の⑦と⑧の欄は、死亡した被保険者の被扶養者が埋葬に要した費用の領収書（費用の内訳とせずとし、その
8. 他の方が請求する場合は、必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書（費用の内訳とせずとし、その
9. 数量、単価および金額が明記してあるもの）を添付してください。なお、証拠書が外国語で記入されている
10. 場合は、翻訳文を添付してください。
11. 個人受領を希望の方は、別紙「振込銀行依頼書」をこの請求書に添付してください。

被保険者の記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	(記 号)	(番 号)	② 被保険者(請求者)の氏名と印	(フリガナ)	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又は勤務する事業所の	⑦ 名 称				
		⑧ 所在地				
	⑥ 死 亡 し た 年 月 日	平成・令和 年 月 日		⑦ 死亡した原因		
	⑧ 死亡した原因は、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	⑦ 氏 名			① 被保険者の最後の標準報酬月額	千円
		⑦ 埋葬した年月日	平成・令和 年 月 日		⑤ 埋葬に要した費用	(別紙証拠書のとおり) 円
	⑩ 死亡した被保険者と請求者との身分関係					
	⑪ 被扶養者が死亡した為の請求であるときはその者の	⑦ 氏 名			① 被 保 険 者 と の 続 柄	
⑦ 生年月日		昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日				
⑫ 資格喪失後に死亡した場合は、死亡時に加入していた被保険者証の被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の	保 険 者 名		記 号 ・ 番 号			
事業主が証明するところ	⑬ 死 亡 し た 者 の 氏 名			⑭ 死亡した者は	被保険者 ・ 被扶養者	
	⑮ 死亡した年月日	平成 ・ 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					
委任状	⑯ 住 所 事 業 主 氏 名			⑰ 印		
	私は下記の者を代理人と定めて埋葬料・費（家族埋葬料）の受領方を委任します。 令和 年 月 日					
	⑱ 請 求 者 氏 名			⑲ 印		
	⑳ 住 所 代 理 人 氏 名			㉑ 印		

令和 年 月 日提出

備考	
----	--

受 付 年 月 日