

健康保険

被保険者
家族

埋葬料（費）・付加金請求書

						令和	年	月	日	提出
請求者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	記号	被保険者氏名	請求者住所		〒	事業所名称			
	社員番号	番号								
	請求者氏名	フリガナ	請求者住所	〒	電話 ()					
	生年月日	昭・平 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日					請求者との身分関係	
	死亡者氏名	死亡年月日		死亡原因						
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡原因							
第三者行為によるものですか	いいえ・はい	埋葬した年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用	円					

※死亡についての事業主の下記証明欄の記入、又は、火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか1つを添付(写)してください。

※被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬に要した費用の「領収書」原本(費用内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの)を添付してください。

※被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の者による請求の場合は、亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本(戸籍謄本、住民票等)を添付してください。

事業主の証明する欄	死亡した方の氏名	死亡した方は被保険者ですか		被保険者・被保険者でない	
	死亡年月日	令和 年 月 日 死亡			
	上記のとおり相違ないことを証明します。				令和 年 月 日
事業主	所在地	名称	氏名	〒	電話

支払金融機関	銀行		本店 普通・当座	
	信金・信組		支店	
支店番号	口座番号		名義人(フリガナ)	

受付日付印