

## 健康保険

被保険者  
家族

## 埋葬料（費）・付加金請求書

令和 4 年 4 月 28 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 1 *任継者は99 番号 ○○○	被保険者氏名	健保 太郎	事業所名称	株式会社マクニカ
	社員番号	○○○○○				
	請求者氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	請求者住所	〒○○○-○○○ 東京都○○区○○町1-2-3 △△マンション301号室		
	生年月日	昭平 55 年 10 月 5 日		電話 03 (1234) 5678		
	死亡者氏名	健保 保	生年月日	昭和 23 年 9 月 7 日	請求者との身分関係	父
	死亡した年月日	令和 4 年 4 月 19 日	死亡原因	心不全		
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	埋葬に要した費用	円	

「はい」の場合、「第三者の行為による傷害事故届」など追加の書類が必要となります。  
当健康保険組合へご連絡ください。

※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、埋葬要領書の記入と、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。

※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、埋葬要領書の記入と、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。

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。 事業主の証明が必要です		令和 年 月 日
	所在地		
	事業主 名称		
	氏名	Ⓜ	電話

支払金融機関	支店番	被保険者が死亡した場合は、請求者名義の銀行口座 被扶養者が死亡した場合は、被保険者名義の銀行口座を 記入してください。	通 当座

受付日付印