

健康保険 被保険者家族 埋葬料（費）・付加金請求書

◎記入の方法は、「記入上の注意」をよく読んでください。
 ◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号				④ 生 年 月 日				⑤ 被扶養者番号		⑦ 受取代理人		送 信		⑧ 受 付 年 月 日			
①	②	③		5 : 昭	年	月	日	※	※	0 : 無	有			※	年	月	日
⑨ 被 保 險 者 の (フリガナ) (申請者) 氏 名				事業所の		⑦ 名 称		① 所 在 地									
⑪ 被 保 險 者 の (フリガナ) (申請者) 住 所				⑩ 郵便番号		⑪ 住 所 コード		電話 ()									
⑫ 死 亡 し た 年 月 日				令和		⑬ 死亡原因		⑭ 第三者の行為によるものですか 0: いいえ 1: はい <small>「はい」の場合は、「第三の行為による傷病届」を提出して下さい</small>									
被扶養者が死亡したための申請であるときは、その者の				⑮ 被扶養者氏名		⑯ 生年月日		昭和 平成 令和		年 月 日		⑰ 被保険者との続柄					
被保険者が死亡したための申請であるときはその者の				⑱ 被保険者氏名		⑲ 被保険者と申請者との身分関係		⑳ 被保険者の標準報酬月額		千円							
老人保健法の医療を受けていたとき				市 長 村 番 号		受 給 者 番 号		発 行 機 関 名									
介護保険法のサービスをうけていたとき				市 長 村 番 号		受 給 者 番 号		発 行 機 関 名									
⑳ 法第3条第2項被保険者として受けたときはその額(調整減額)				円 ※		調整減額コード		海 外 表 示		特別支給コード							
資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その保険証の				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 險 者 名 記 号 お よ び 番 号											

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者 被扶養者	死亡した年月日	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								
事業所所在地									
事業所名称									
事業主氏名									
電話 ()									

支払金融機関の欄	⑳ 支払区分	※ 1. 振 込	㉑ 預金種別	1. 普 通	銀行 金庫 信組 農協					本店 支店 出張所
	㉒ 金融機関コード									
	㉓ 口座番号	口座名義								

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日									
	被保険者 (請求者) 住 所 氏 名									
	㉔ 代理人の氏名	(フリガナ)				委任者と代理人との関係				令和 年 月 日
	㉕ 代理人の住所	㉖ 郵便番号	㉗ 住所コード		(フリガナ)				送 信	

社会保険労務士記載欄	
------------	--

備考欄(注)	
--------	--

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。個人番号を記載した場合は、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。