

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・付加金請求書

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 7: 平 9: 令	年	月	日	※	※	0: 無 1: 有			※	年	月
⑨ 被保険者の(申請者)氏名 (フリガナ)			事業所の			⑦ 名称								
⑩ 郵便番号			(フリガナ)			⑧ 所在地								
⑪ 住所			⑪ 住所コード			電話 ()								
⑫ 死亡した年月日			令和 年 月 日			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 「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						
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		別関係		⑳ 被保険者の標準報酬月額 千円				
⑲ 埋葬した年月日			令和 年 月 日			㉑ 埋葬に要した費用		※		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受けていたとき			市長村番号			受給者番号		発行機関名						
㉒ 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			保険者名		記号および番号						

◎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。

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 1. 振込	㉓ 預金種別	1. 普通				銀行 金庫 信組 農協	本店 支店 出張所
	㉔ 金融機関コード							
	㉕ 口座番号	口座名義						
公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記口座情報の記入は不要です。) ※マイナンバーの届出のある被保険者・被扶養者に限る。							

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					
	㉖ 代理人の名	(フリガナ)				委任者と代理人との関係
㉗ 代理人の住	(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。