

被保険者
家族

埋葬料（費）請求書

令和 年 月 日

請 求 者	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
	所 属	事業所名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	被保険者 住所	(〒 -) TEL () -			
	死亡年月日	平成・令和 年 月 日	第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ	
	死亡原因				
記 入 欄	※ 被扶養者である家族が死亡した場合				
	被扶養者氏名	生年月日		昭・平・令 年 月 日	続柄
	※ 被保険者（本人）が死亡した場合				
	請求者氏名	埋葬年月日		平成・令和 年 月 日	
被保険者と請求者との 身分関係		生計維持関係のない者が請求する場合 ※費用の領収書を添付 埋葬に要した費用の額 円			
請求者住所	(〒 -) TEL () -				
支 払 金 融 機 関 (請求者名義 の口座)	フリガナ			フリガナ	
	金融機関名	銀行	支店	名義	
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	
備 考					

〔添付書類〕 1. 死亡診断書（写） 但し、請求書内に事業主証明がある場合は添付不要。
 ※埋葬費請求（被保険者との生計維持関係のない者が請求）の場合・・・埋葬に要した費用の領収書（請求者氏名の記載があるもの）
 〔注意事項〕 1. 死亡の原因が業務上、又は通勤途中の事故による場合は労災保険からの給付があるため健保から埋葬料は支給されません。
 2. 被保険者（本人）が死亡した場合は請求者口座への入金となります。

※ ゆうちょ銀行（郵便局）を指定する場合、通帳の口座番号等が記載されたページのコピーを添付してください。

事 業 主 記 入 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	平成 令和 年 月 日
	うえのとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日		
	名 称				
	事業主 住 所	印			
	氏 名				

健 保 記 入 欄	支 給 額	¥	支給決定日		令和 年 月 日
			支給決定 並びに 支出決議	常務 理事	担 当 者

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所 受付印 担当者	
-------------------	--