

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

請求者が記入するところ	(ア)健康保険被保険者証の記号・番号		③被保険者の生年月日				備考		
	①	②	昭和 平成	年	月	日			
	④被保険者(請求者)の氏名		(イ) 家族埋葬料請求の場合は、死亡した被扶養者の氏名等						
	(フリガナ)		(氏名)		(生年月日)		被保険者との続柄		
					昭和 平成 令和	年	月	日	
	(被保険者が死亡のとき被保険者氏名)		(ウ)事業所の名称		事業所の所在地				
	(フリガナ)								
	⑤郵便番号		(エ)被保険者(請求者)の住所・電話番号						
			(フリガナ)						
			電話 ( )						
事業主が証明するところ	⑥死亡した年月日		(オ)死亡の原因(傷病名等)		(カ)該当する支給要件はどちらですか (被保険者が死亡した場合)		(キ)死亡した者があなたの被扶養者になった時期 (被扶養者が死亡したとき)		
	平成 令和	年	月	日	ア.被保険者期間中の死亡 イ.その他		ア.あなたが資格取得した時から イ.その他		
	(ク)死亡した者の区分		(ケ)死亡原因は業務上によるものですか		(コ)死亡の原因は第三者行為によるものですか		(カ)資格喪失後加入している医療保険制度名を下欄に記入して下さい ↓		
	被保険者・被扶養者 ↓		いいえ(業務外) はい(業務上)		0. いいえ 1. はい(別途「負傷届、 第三者行為用」を添付)		(あなたの被扶養者となる前に加入していた医療保険制度名を下欄に記入して下さい) ↓		
	(コ)被保険者と請求者の関係 (続柄等の身分関係)		被保険者と請求者の間に生計維持関係はありましたか		⑧埋火葬した年月日		(サ)埋火葬に要した費用 (領収明細書を添付)		
			いいえ(なかった) ⇒ はい(あった)		平成 令和	年	月	日	
	(ス)死亡した者は老人保健法による医療を受けていましたか		市町村番号		受給者番号		発行機関名		
	いいえ・はい ⇒						日雇特例被保険者として給付を受けた場合その額		
							¥                      円		
	(セ)死亡した者の氏名		(ソ)死亡した者は被保険者でしたか		・被保険者であった ・被保険者でなかった		(タ)死亡年月日		
						平成 令和      年      月      日			
受取代理人の欄	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和      年      月      日						受付年月日 		
	事業所名称 所在地 事業主氏名 電話(      )-(      )-(      )								
	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任いたします。 令和      年      月      日 被保険者住所 (請求者)氏名								
請求者が記入代		(チ)振込を希望する銀行等の名称・預金口座番号を記入して下さい。(請求者又は代理人名義の口座)							
		銀行名等及び店名		銀行 金庫・農協 信用組合		支店 出張所		口座 名義人	
				普通・(      )		口座番号		NO.	
		(フリガナ)				被保険者(請求者)との続柄			
		〒      —							

(添付書類) ①死亡に関する事業主の証明または、死亡診断書あるいは埋火葬許可書の写。②被保険者が死亡したときで請求者がその被保険者と生計維持関係がないときは、埋葬に要した費用の領収書及び明細書。③死亡の原因が第三者によるときは「第三者行為届」