

<記入例> ご本人が亡くなったとき

## 健康保険被保険者家族埋葬料(費)請求書

健康保険証の名前の上に記載されている記号・番号をご記入ください。

請求者の記入欄	被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所	コーセーG ・ アルビオン ・ その他( )								
		3	0		1	2	3	4	5	所属	○ ○ ○	部・課 支店	
	被保険者の氏名	(フリガナ) ケンボハナコ			生	年	月	日	社員番号				
		健保花子			昭和 平成	54	年	1	月	1	日	98A98	
	被保険者の住所	〒 103 - 0027			TEL	03 (5200) 8401							
		東京都中央区日本橋〇-〇-〇											
	死亡年月日	令和 3 年 5 月 31 日			死亡原因 (病名)	子宮ガン							
	死亡原因が第三者行為によるもの	はい ・ いいえ			「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を添付してください								
	被保険者が死亡したための請求である時はその者の	氏名	健保太郎			死亡した被保険者と請求者との身分関係			父				
		埋葬日	令和 3 年 6 月 5 日			埋葬に要した費用の額			59,000 円				
被扶養者が死亡したための請求である時はその者の	氏名				生年月日	昭 平 令	年	月	日	被保険者との続柄			
委任状													
令和 年 月 日													
給付金の受領を下記事業主に委任します													
被保険者氏名(自署)													

被保険者が死亡・退職者・任意継続被保険者の方は記入不要

事業主が証明するところ	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						
	うえのとおり相違ないことを証明します。											
	住所				令和	年	月	日				
事業所名												
事業主名												

令和 年 月 日 提出

被保険者が死亡・退職者・任意継続被保険者の方は振込先を下記にご記入ください

銀行コード	0123	支店コード	999
銀行名	○ ○ ○ 銀行 △ △ 支店		
普通預金口座番号	1020304		
口座名義 (請求者同一)	フリガナ	ケンボタロウ	
	氏名	健保太郎	

受付印

※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。(修正テープ、修正液使用不可)

<必要添付書類> 埋葬料の場合：死亡診断書、死体検案書、市区町村長の埋葬許可証等、死亡を証明できる書類の写し  
埋葬費の場合：かかった費用の領収書