

<記入例> ご家族が亡くなったとき

# 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	〇	〇	〇	部・課
	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)	心不全								
	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				死亡した被保険者と請求者との身分関係								
		埋葬日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用の額			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	健保太郎			生年月日	昭和 平成 令和	24	年	10	月	10	日	被保険者との続柄	父
委任状 令和 3 年 6 月 22														
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) 健保花子														
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。						令和	年	月	日
	住所									
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			支店コード		
銀行名	銀行			支店	
普通預金口座番号					
口座名義 (請求者同一)	フリガナ				
	氏名				

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