

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

◎ 埋 葬 人 が 埋 葬 を行 った 被 保 険 者 に よ つ て 埋 葬 計 を 要 し た 費 用 が 埋 葬 人 料 が の 埋 葬 範 囲 を 内 で 支 給 さ れ ま す。 埋 葬 費 は、 生 計 維 持 関 係 に	①被保険者証の記号・番号		②生年月日				取得年月日 S·H·R . .		家族の認定年月日		
			昭和 年 月 日 平成				喪失年月日 H·R . .		S·H·R . .		
	③被保険者(請求者)の氏名		フリガナ		事業所の名称						
	④被保険者(請求者)の住所		〒		フリガナ		()				
	⑤死亡した年月日				年 月 日		⑥死亡原因		⑦第三者によるものですか 0:いいえ 1:はい		
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の被扶養者氏名				生年月日 昭和平成令和 年 月 日		被保険者と請求者との身分関係		被保険者との続柄		
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の埋葬した年月日				年 月 日		埋葬に要した費用の額		千円 円		
	老人保健法の医療を受けていたとき		区市町村番号		受給者番号		発行機関名				
	資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の		保険者名及び記号・番号		保険者名(健康保険組合等)		記号一一番号				
	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						-				

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	年 月 日 死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。					年 月 日
	事業所所在地					
	事業所名称					
	事業主氏名					()

受領代理人欄	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。					年 月 日	
	被保険者(請求者)		住所				
	氏名						
	代理人	氏名	フリガナ			委任者と代理人の関係	
	支払金融機関欄	銀行コード	支店コード		本店出張所		1:普通 2:当座
				銀行・農協 信金・信組			
		口座番号			口座名義人	フリガナ	

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

年 月 日 提出
受付年月日