

埋葬料(費)請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	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 平成				年				月				日											
	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				年 月 日				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				被保険者氏 名				被 保 険 者 と 請 求 者 と の 身 分 関 係								被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額				千円							
					埋葬した 年 月 日				年				月				日				埋葬に要した 費用の額				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				被 保 険 者 名 及 び 記 号 ・ 番 号				保険者名(健康保険組合等)				記 号 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。								
	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			銀行・農協 信金・信組		本店 出張所 支 店		1: 普 通 2: 当 座	
	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)

[illegible]

年 月 日提出
 受付年月日