

健康保険 **被保険者** 埋葬料(費)請求書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|------|----------|-------------------------------|---|---|-----------------------|----|-------|-----------------------------------|----------|----|----------------------------|----|
| ◎埋葬料が死亡した被保険者によって生計を維持されていなかつた方が埋葬を行った場合に記入します。 | 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 | | | |
| | 125 | 1389 | 昭和 平成 | 35 | 年 | 02 | 月 | 11 | 日 | 喪失年月日 | H-R | .. | S-H-R | .. |
| | ③被保険者(請求者)の氏名 | | | 事業所の名称 | | | 山形商事(株) | | | | | | | |
| | アオキ ヤスコ 青木 靖子 | | | | | | | | | | | | | |
| | ④被保険者(請求者)の住所 | | | フリガナ スミダク マルマル 墨田区〇〇2-13-4 | | | □ 03 (3625) 2391 | | | | | | | |
| | ⑤死亡した年月日 | | | 3年01月06日 | | | ⑥死亡原因 | | | 脳梗塞 | | | ⑦第三者によるものですか ○: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 | | | 該当せず | | | 生年月日 | | | 被保険者本人が死亡したための請求であるときは、請求者の氏名を記入。 | | | 明治 | |
| | 被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の被扶養者氏名 | | | 青木 徹 | | | 被保険者と請求者との身分関係 | | | 妻 | | | 被保険者の標準報酬月額 | |
| | 埋葬した年月日 | | | 年月日 | | | 埋葬に要した費用の額 | | | | | | 280 千円 | |
| | 老人保健法の医療を受けたとき | | | 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 | | | 保険者記号・番号 | | | 死亡した被保険者によって生計を維持されていなかつた方が埋葬を行った場合に記入してください。 | | | | | | 号 | | |
| | | | | | | 電話 () | | | | | | — | | |

| | | | | | | | |
|-----------|-------------------------------------|------|-------|--------------|---------|----------|----|
| 事業主が証明する欄 | 死亡した者の氏名 | 青木 徹 | 死亡した者 | 被保険者 被扶養者 | 死亡した年月日 | 3年 1月 6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 江東区〇〇1-8-3 | | | | | | |
| | 事業所名称 山形商事(株) | | | | | | |
| | 事業主氏名 代表取締役 山形 勲 □ 03 (3542) 3009 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受領代理人欄 | ① 埋葬に要した費用とは、埋葬に直接必要とした実費額をいいます。具体的には、靈柩代、靈柩車代、火葬料または埋葬料、葬式の際の供物代、僧侶の謝礼、祭壇一式料などで葬儀の際の飲食などの接待費用は認められません。 | | | | | | |
| | ② 埋葬費の請求である場合は、次に掲げる書類を添付してください。 | | | | | | |
| | ・埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳として品名、数量、単価および金額が明記してあること。) | | | | | | |
| | ・被保険者の死亡に関する事業主の証明書、市区町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写し、死亡診断書、死体検案書又は検視調書の写しのいずれか1つ。ただし、請求書の「事業主が証明する欄」に証明を受けた場合は添付する必要はありません。 | | | | | | |
| | ③ 死亡した被保険者に被扶養者となっている人がいないとき。 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------|-------|----------------|-------|-----------------------|------|-----|------|
| 支払金融機関欄 | 銀行コード | 1 2 4 5 | 支店コード | 0 1 3 | 本店 | 出張所 | 1:普通 |
| | ○ ○ | 銀行・農協 信金・信組 | △△△ | 支店 | 2:当座 | | |
| | 口座番号 | 0 1 6 2 5 3 4 | 口座名義人 | フリガナ アオキ ヤスコ 青木 靖子 | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 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) | | | | | | |
| 3年 2月 26日提出 受付年月日 | | | | | | |