

# 健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

◎埋葬料は、死亡した被保険者によって生計を維持されていた人が埋葬を行った場合に、実際に埋葬に要した費用が埋葬料の範囲内で支給されます。埋葬費は、生計維持関係にない人が埋葬を行った場合に、実際に埋葬に要した費用が埋葬料の範囲内で支給されません。

## 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		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
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の氏名			被扶養者氏名			生年月日 昭和 平成 令和		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、その者の氏名			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			保険者名(健康保険組合等)		記号 ー 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						☎ ( )		ー

## 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。				
〒 ー			年 月 日	
住所			☎ ( )	
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)の住所		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		フリガナ		
口座名義人				

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