

## 健康保険

被保険者  
家族

## 埋葬料(費) 請求書

## (注意事項)

- 被扶養者以外の家族（配偶者・両親・子等）が請求するときは、除籍後の戸籍謄本など続柄等を証明する書類（写し可）を添付して下さい。
- ⑦の欄は、被保険者の資格を喪失した後の死亡である場合に限り、その資格を喪失した年月日および死亡の際又は死亡の日の三カ月前まで健康保険による療養を受けていた者は、その傷病名と健康保険による療養をはじめた年月日を⑧の備考欄に記入して下さい。
- 死亡した被保険者と生計関係のない者が請求する場合は、標題の料の文字を抹消し、⑤のウの欄を必ず記入するとともに、埋葬に要した費用の内訳として品目、数量および単価を記載した領収書を添えてください。

①被保険者等の記号・番号	記号	番号	②被保険者の勤務していた、または勤務している事業所	(ア) 名称	〇〇株式会社
	〇〇〇	123		(イ) 所在地	神奈川県××市〇〇町1-1-1
③死亡した年月日	〇〇年××月△△日			④死亡原因	胃癌
⑤被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の					
(ア) 氏名	健保 太郎		(イ) 埋葬した年月日	〇〇年××月△△日	
(ウ) 埋葬に要した費用	金 円			(エ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係	妻
⑥被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の					
(ア) 氏名	該当せず		(イ) 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	(ウ) 被保険者との続柄
⑦老人保健法の医療を受けていた方の死亡請求であるときは、記入して下さい					
市町村番号		受給者番号		発行機関名	
⑧備考					
⑨ 払渡希望の銀行名	〇〇〇 銀行	××× 支店	普通当座	口座番号 1234567	フリガナ ケンポ ハナコ 漢字 健保 花子
上記のとおり請求します。 〇〇年××月△日			⑩ 住所 〇〇県△△市××区☆☆町1-2-3 請求者の氏名 健保 花子		
富士ソフト健康保険組合理事長殿			自署の場合は押印を省略できます		
公金受取口座	<input type="checkbox"/> 振込先が給与(賞与)の振込口座と同じである場合は、記入不要です。 <input type="checkbox"/> 「委任状」の欄に記入がある場合は、委任された方の口座に給付します。 <input type="checkbox"/> 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。 <input type="checkbox"/> 注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。				
ご希望の方はレ点を記入してください					
(※)口座名義は必ずフリガナをカタカナでご記入下さい。					

事業主の証明	死亡した者の氏名	健保 太郎	死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	〇〇年××月△△日		死亡
	うえのとおり相違ないことを証明します。 〇〇年××月△日			
	事業主	所在地	神奈川県××市〇〇町1-1-1	
	事業所名	〇〇株式会社		
	事業主氏名	代表取締役 鎌倉一郎		

委任状	私は 被保険者 家族 埋葬料(費) の受領を( )に委任します。				
	年 月 日				
	請求者の	住所			
		氏名			
委任された者の	住所				
	氏名				
払渡希望の銀行名	銀行	支店	普通当座	口座名	

受付日付印