

# 健康保険 被保険者 被扶養者 埋葬料(費) 請求書

本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の氏名と印	印			生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和
	請求者の氏名と印	印			被保険者からみた請求者の身分関係	年 月 日 生まれ
	被保険者又は請求者の住所・電話	〒				日中連絡が取れる電話番号 TEL ( )

申請内容	●死亡した方について				
	①死亡した年月日	令和 年 月 日	②死亡原因	③他人の行為によるものですか 1. はい 2. いいえ	
	※以下、①②のどちらかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> して記入してください。				
	<input type="checkbox"/> ①家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき				
ご家族の氏名	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年 月 日	被保険者との続柄	
<input type="checkbox"/> ②被保険者が死亡したための申請であるとき					
埋葬に要した費用の額	円 (別紙証拠書のとおり)	埋葬した年月日	1. 平成 2. 令和	年 月 日	備考

事業主証明欄	死亡した者の氏名	被保険者・被扶養者の別	1. 被保険者 2. 被扶養者	死亡した年月日	令和 年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明いたします。				
	事業主	郵便番号 〒	住所 名称 氏名	印	TEL ( )
社会保険労務士の提出 代行者名記載欄				印	

【口座名義の区分】 被保険者名義 代理人名義(委任状欄をご記入ください。) ※とちらかにをし、指定口座をご記入ください。

振込先指定口座	銀行名	支店名	支店コード	預金種別
	銀行	支店		1. 普通 2. 当座
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。)		

委任状	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。		令和 年 月 日
	被保険者・請求者 氏名	印	※住所は「被保険者情報」と同じ
	代理人(口座名義人) 住所 〒	氏名	委任者と代理人の関係
		印	

受付日付

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。