

# 健康保険 埋葬料請求書

届出	令和 年 月 日				
被 保 険 者	被 保 険 者 証		氏名	所 属 事 業 所	Tel (            )            -            (内線            -            )
	記号	番 号			
			生年 月日	昭和 平成 年 月 日	現住所

● 被保険者死亡の場合は、上記「被保険者」欄に加え下記「請求者」欄も記入してください。

請求者	氏名	印	被保険者との続柄	現住所	〒            -            Tel (            )            -
-----	----	---	----------	-----	---

死 亡 者	氏 名	被保険者 との続柄	生 年 月 日	性別	死 亡 年 月 日	死亡原因（傷病名）	
	フリガナ		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	年 月 日 令和		
被保険者が死亡し、被扶養者以外の者が埋葬を行ったとき		埋葬を行った者の氏名	埋葬を行った日		令和 年 月 日	埋葬費用	(別添領収書のとおり) 円
第三者の行為によるときは、その者の住所・氏名とその概要							

死亡の証明	.....は、令和 年 月 日に死亡したことを証明します。 令和 年 月 日 住所 氏名	印	支給額 被 保 険 者 (埋葬料・埋葬費)	円
証明者 市町村長 医 師 事 業 主			被扶養者 (家族埋葬料)	円

<b>被保険者 確認欄</b>	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------	--------------------------	--

健 保 組 合	伺			決定年月日	給付入力
	常務理事	事務長	担当	年 月 日	

(注意事項)

- ・死亡者が家族の場合は、本請求とは別に、被扶養者異動届（保険証を添付）を事業所を経由し提出してください。
- ・証明者が市町村長るとき以外は、証明印は不要です。
- ・本請求は、直接健康保険組合へ提出してください。

受 付 印