

健康保険 埋葬料請求書 【記入例】

届出	令和 3年 〇〇月 〇〇日					
被 保 険 者	被 保 険 者 証		氏 名	健 康 太 郎	所 属 事 業 所	〇〇〇〇 (株) 〇〇部 〇〇課
	記 号	番 号				Tel (0 0 0) 1 2 3 - 4 5 6 7 (内線 1 2 3 - 4 5 6 7)
	2 0	5 5 5 5 5 5		生 年 月 日	昭和 5 0 年 1 0 月 1 5 日 平成	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 ケンコウ ケンサク 健 康 健 作	実父	昭和 3 0 年 1 月 1 日 平成 令和	男 女	令和 3 年 1 月 1 日 1 0	心不全
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。
証明者 市町村長 医師 事業主	住所 氏名 印

証明をもらってください。
または、埋葬または火葬許可証や死亡診断書等の、死亡を証明する書類の写しを添付してください。

支 給 額	被 保 険 者 (埋葬料・埋葬費)					円
	被 扶 養 者 (家族埋葬料)					円

被保険者 確認欄	<input checked="" 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	常務理	被保険者が必ず記入してください。 記入漏れの場合は、返却させていただきます。 ただし、被保険者死亡の時は、記入不要です。
------------------	-----	--

(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