

健康保険 埋葬料請求書

【本人死亡の時の記入例】

届出	令和 3年 00月 00日					
被 保 険 者	被 保 険 者 等		氏名	健康 太郎	所 属 事業所	0000 (株) 00部 00課 00担当
	記号	番 号				Tel (000) 123-4567 (内線 123-4567)
	20	555555	生年 月日	昭和 平成	50年 10月 15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	健康 花子 健康印	被保険者との続柄	妻	現住所	〒 000-1234 Tel (000) 987-6543 広島市00区00町00番00号 00マンション101号
-----	----	------------------	----------	---	-----	--

被保険者死亡の時は押印が必要です。

死 亡 者	氏 名	フリガナ ケンコウ タロウ	との続柄	本人	生 年 月 日	昭和 平成 令和	50 10 15	性別	男 女	死亡年月日	令和 3 6 10	死亡原因 (傷病名)	心不全
	健康 太郎												
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 証明者 市町村長 医 師 事 業 主は、令和 年 月 日に死亡したことを証明します。	令和 年 月 日	支給額	被 保 険 者 (埋葬料・埋葬費)	円
	住所 氏名	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。		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	決定年月日	給付入力
常務	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