

# 健康保険 被保険者・家族 埋葬料（費）・付加金請求書

|                   |   |  |           |             |                                    |      |          |                   |                          |   |   |   |  |
|-------------------|---|--|-----------|-------------|------------------------------------|------|----------|-------------------|--------------------------|---|---|---|--|
| 被保険者（請求者）が記入するところ | 被保険者証の記号番号  | 記号<br>番号   | 被保険者資格取得日 | 平成<br>令和    | 年                                  | 月    | 日        | 被保険者資格喪失日（喪失後の場合） | 平成<br>令和                 | 年 | 月 | 日 |  |
|                   | 被保険者（請求者）氏名と印   | フリガナ<br><br>Ⓧ<br><small>被保険者（請求者）本人が自ら署名する場合は、押印省略可能</small> |           | 被保険者（請求者）住所 |                                    | 〒    |          |                   |                          |   |   |   |  |
|                   | 生年月日  | 昭和・平成  |           | 年           | 月                                  | 日    | 電話（ ）    |                   |                          |   |   |   |  |
|                   | 事業所名及び電話  | 電話（ ）  |           |             |                                    |      |          | 社員・職員コード          |                          |   |   |   |  |
|                   | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（事業所経由で提出する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ） |  |           |             |                                    |      |          |                   |                          |   |   |   |  |
|                   | 死亡した年月日   | 平成<br>令和   | 年         | 月           | 日                                  | 死亡原因 |          |                   | 第三者の行為によるものですか<br>はい・いいえ |   |   |   |  |
|                   | 被扶養者が死亡したための請求であるときは、被扶養者氏名   | フリガナ   |           | 被保険者との続柄    |                                    | (備考) |          |                   |                          |   |   |   |  |
|                   | 生年月日  | 昭和・平成・令和   |           | 年           | 月                                  |      |          |                   |                          |   |   | 日 |  |
|                   | 被保険者が死亡したための請求であるときは、被保険者氏名   | フリガナ   |           | 被保険者との身分関係  |                                    |      |          |                   |                          |   |   |   |  |
|                   | 生計維持されていなかった者が請求する場合  | 埋葬した年月日  | 平成<br>令和  | 年           | 月                                  | 日    | 埋葬に要した費用 |                   | 円                        |   |   |   |  |
| 振込先指定口座           | 銀行・金庫<br>信組・農協  |  | 金融機関コード   |             | 本店<br>支店                           |      | 支店番号     |                   |                          |   |   |   |  |
|                   | 預金種別  | 普通・当座  | 口座番号      |             | 右づめでご記入ください                        |      |          |                   |                          |   |   |   |  |
|                   | 名義人（フリガナ）   |  | 口座名義の区分   |             | 該当するところに○を記入<br>・被保険者（請求者）<br>・代理人 |      |          |                   |                          |   |   |   |  |

令和 年 月 日提出  
-----  
受付日付印

※被保険者（請求者）以外の口座に振込希望の場合は、被保険者・代理人それぞれに記入・捺印が必要（押印省略不可）

|         |            |  |                           |
|---------|------------|--|---------------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者（請求者）  | 本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します<br>住所 「被保険者（請求者）」が記入するところと同じ<br>令和 年 月 日<br>氏名 Ⓧ |                           |
|         | 代理人（口座名義人） | 〒  | TEL<br>住所<br>フリガナ<br>氏名 Ⓧ |
|         |            | 委任者と代理人との関係  |                           |

|           |                     |                         |           |       |          |   |   |   |
|-----------|---------------------|-------------------------|-----------|-------|----------|---|---|---|
| 事業主の証明する欄 | 死亡した方の氏名            | 死亡した方                   | 被保険者・被扶養者 | 死亡年月日 | 平成・令和    | 年 | 月 | 日 |
|           | 上記のとおり相違ないことを証明します。 |                         |           |       | 令和 年 月 日 |   |   |   |
|           | 事業主                 | 所在地<br>名称<br>氏名 Ⓧ<br>電話 |           |       |          |   |   |   |

**■添付書類**

- ① 死亡についての事業主の証明欄の記入、又は、火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか1つの写しを添付してください。
- ② 被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の者による請求の場合は、**亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本（戸籍謄本、住民票等）を添付**してください。
- ③ 被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は「埋葬に要した費用」の記入と埋葬に要した費用の「領収書」原本（内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの）を添付してください。

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります

被保険者のマイナンバー記載欄 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|