

被保険者
被扶養者 埋葬料(費)請求書

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る 欄	被保険者等 記号・番号		記号		番号		事業所名											
	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。																	
	被保険者のマイナンバー記入欄		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
	被保険者氏名(請求者氏名)																	
	連絡先			- -														
	被保険者住所 (請求者住所)			〒 -														
	死亡された方	被保険者との続柄		本人・家族()		年齢		歳										
		氏名				生年月日		年 月 日										
	死亡年月日		年 月 日		埋葬に要した費用		円											
埋葬年月日		年 月 日		第三者行為		はい ・ いいえ												
死亡原因(病名)																		

事 業 主 が 証 明 す る 欄	死 亡 者	死亡者氏名	死亡年月日	年 月 日
	被保険者・被扶養者			
	上記の通り相違ない事を証明する。			
	年 月 日 事業所名称 事業主氏名			

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

振 込 金 融 機 関 名	☐ マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は口にチェック、利用しない場合・被保険者死亡のため被保険者名義以外の口座を利用する場合は下記の欄を記入。)					
	注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。					
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金 種目	普通	口座 番号	
	(フリガナ)					※被保険者(被保険者が死亡した場合は請求者)口座を指定してください。
口座名義人						

備 考	
-----	--

健 保 組 合 処 理 欄	支払年月日	年 月 日		常務理事	事務長	担当	確認
	支給額	円					
	資格	取得	年 月 日				
		喪失	年 月 日				

注)1.この請求書に死亡診断書(写)を添付してください。

2.被保険者が死亡した場合、被保険者と生計維持関係がない人が、埋葬を行い請求する場合は、
埋葬に要した費用の領収書と続柄のわかるものを死亡診断書(写)と合わせて提出してください。

受付日付印