

健康保険 被保険者・家族 埋葬料（費）・付加金請求書

※保険証の記号・番号を記入

被保険者証 の記号番号	記号	1			被保険者 資格取得日	平成	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平成	年	月	日
	番号	1234				令和	0	0	1		0	0	1	
被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ	ケンボ タロウ			被保険者 (請求者) 住所	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇マンション405号室								
	健保 太郎			電話 03 (8765) 4321										
生年月日	昭和	平成	50	年	5	月	15	日	電話 03 (8765) 4321					
事業所名 及び電話	〇〇〇〇事業所			電話 03 (8765) 4321			社員・職員 コード			123456				
死亡した 年月日	令和	〇	〇	1	2	0	1	死亡原因	急性心不全			第三者の行為によるものですか 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	ケンボ タケオ			被保険者 との続柄	父			(備考)					
	健保 健男			昭和・平成・令和 〇〇年 12月 12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 請求者との 身分関係									
	昭和・平成・令和 年 月 日													
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	令和	年	月	日	埋葬に要 した費用			円					

※死亡についての事業主の下記証明欄の記入、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つを添付(写)してください。

※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(費用内訳として品目、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。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

事業主 名称

氏名

電話

※事業主の証明が必要です

支払金融機関	銀行	信用金庫	信用組合	本店
	〇〇〇	△△△	支店	
支店番号	口座番号(右づめ)			
1 2 3	普通	当座	0 0 1 2 3 4 5	
名義人(フリガナ)	ケンボ タロウ			
健保 太郎				

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

受付日付印

※被保険者名義の口座を記入してください。

被保険者が死亡した場合は「権利継承届」に記載の口座を記入してください。