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（請求者）が記入するところ

被保険者証の記号番号	記号 1 / 番号 1234	被保険者資格取得日	平成 / 令和 ○○年 1月 0日 1
被保険者資格喪失日（喪失後の場合）	平成 / 令和 年 月 日		
被保険者（請求者）氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ　タロウ 健保　太郎	被保険者（請求者）住所	〒 123-4567 東京都○○区○○1-2-3 ○○マンション405号室
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	○○○○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 ○○年 1月 2日 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	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ　タケオ 健保　健男	被保険者との続柄	父
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 ○○ 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	ﾌﾘｶﾞﾅ	被保険者と請求者との身分関係	
生年月日	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

（備考）

※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。

事業主の証明する欄

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

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 / 支店		
支店番号 1 2 3	普通 ・ 当座	口座番号（右づめ） 0 0 1 2 3 4 5	
名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ） ケンポ　タロウ 健保　太郎			

令和○○年○○月○○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「権利承継届」に記載の口座を記入してください。

PwC健康保険組合