

# 健康保険 被保険者家族 埋葬料・埋葬費請求書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	①健康保険被保険者証の記号・番号		②被保険者の生年月日			備考	受付年月日  <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	
	記号	番号	昭 平	年	月			日
	③被保険者（請求者）の氏名 (フリガナ)			④家族埋葬料の請求の場合は、死亡した被扶養者の氏名等 (氏名) (生年月日) <small>(被保険者との続柄)</small>				昭和 平成 令和
	⑤事業所の名称 <small>(相続人からの請求の場合は被保険者氏名: )</small>			⑥事業所の所在地				
	⑦被保険者（請求者）の住所・電話番号 (フリガナ) 〒 -							
	電話 ( )							
	⑧死亡した年月日		⑨死亡の原因（傷病名等）		該当する支給要件はどちらですか (被保険者が死亡した場合)			死亡した者があなたの被扶養者になった時期 (被扶養者が死亡した場合)
	令和	年	月	日	ア. 被保険者期間中の死亡 イ. その他 <small>(資格喪失後加入している医療保険制度を下欄に記入してください)</small>			ア. あなたが資格取得した時から イ. その他 <small>(あなたの被扶養者となる前に加入していた医療保険制度を下欄に記入してください)</small>
	⑩死亡した者の区分		死亡の原因は業務上によるものですか	死亡の原因は第三者行為によるものですか				
被保険者・被扶養者 ↓		いいえ（業務外） はい（業務上）	いいえ はい					
⑪被保険者と請求者の関係 <small>(続柄等の身分関係を具体的に記入してください)</small>		被保険者と請求者の間に 生計維持関係はありましたか		⑫埋火葬した年月日		⑬この死亡に関して他の制度からも 給付を受けられますか		
		いいえ(なかった) ⇒ はい(あった)		令和 年 月 日		いいえ・はい ↓ <small>(制度名・給付の種類)</small>		
				⑭埋火葬に要した費用 <small>(領収明細書を添付してください)</small>		円		

請求者又は受取代理人 が 記 入 す る と こ ろ	⑭振込先 (フリガナ)		銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所	預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 別段 4: その他
	口座番号	口座名義人の氏名 カタカナでご記入願います				

↑ 被保険者（請求者）名義のもの（受領委任をする場合は代理人名義のもの）を記入してください。

この欄は給付金の受取を代理人に 委任する場合のみ記入してください。	⑮受取代理人の欄		代理人の氏名 (フリガナ)		被保険者（請求者）との関係	
	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者（請求者） 住所		代理人の住所・電話番号 (フリガナ) 〒 -			
	氏名		電話 ( )			

⑯事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	死亡したものは被保険者でしたか、被扶養者でしたか	死亡した年月日
		被保険者であった ・ 被扶養者であった	令和 年 月 日
	うえのとおり相違ありません 令和 年 月 日		

※ 上記の事業主の証明に代えて、埋火葬許可証又は死亡診断書の写の添付でも差し支えありません。