

支給決定 伺	常務理事	事務長	課長	担当者	計算年月	記号	番号	本人・家族			
	資格照合				標準報酬	科目		支給決定額			
	年 月 日 取得			千円		埋葬料（費）		円			
	年 月 日 喪失										
死亡年月日			年 月 日		備考						
支給決定年月日											

健康保険 被保険者 埋葬料（費）請求書  
家 族

請求者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		事業所名				
	被保険者の氏名			被保険者現住所	〒		
	被保険者が死亡したとき	被保険者氏名			※ 被保険者が死亡したとき生計維持関係がなかった者が埋葬を行う場合に下記※欄を記入		
	被扶養者が死亡したとき	被扶養者氏名			続柄	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 生
	死亡年月日	平成 年 月 日 死亡	死亡原因			第三者の行為によるものですか いいえ ・ はい	
	第三者の行為による場合はその事実並びに第三者の住所及び氏名（不詳であるときはその旨記入）						
	※埋葬年月日	平成 年 月 日 埋葬	※埋葬に要した費用	¥ _____ 円 (証拠書類添付)			
	上記により請求します。			(請求者の) 住所 _____		平成 年 月 日	
被保険者死亡の場合は請求者と死亡した本人との続柄 ( )			氏 名 _____ ㊟		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 生		
事業主の証明欄	死亡した者の氏名			被保険者	は 平成 年 月 日 死亡しました。		
	うえのとおり相違ないことを証明します。			住所 _____		平成 年 月 日	
			事業主 氏名 _____ ㊟				

〈添付する書類〉

- ① 市町村の埋（火）葬許可証の写し又は死亡診断書（死体検案書、検視調書）の写し
- ② 被保険者に被扶養者がなく他の者が実際に埋葬を行った場合は、埋葬に要した費用の証拠書

払 渡 希 望 金 融 機 関 名	
銀行	支店
口座番号	
フリガナ	
名 義 人	

委 任 状		受付年月日
本支給金額の受領を		平成 年 月 日
住 所		
氏 名		㊟ に委任します。
被保険者氏名・印		㊟