＜記入例＞

（被保険者用）

受付年月日	年 月 日	決済	理事長	常務理事	事務長	担当
伺年月日	年 月 日					
決裁年月日	年 月 日					
支払年月日	年 月 日					

支給額	円				
支給内訳	埋葬料（費）	円	資格取得	年	月 日
	埋葬料（費）付加金		資格喪失	年	月 日

被保険者 / 家族 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

① 被保険者証の記号・番号	3907 第 ○○○○○ 号	② 被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の	(ア) 名称	カメラのキタムラ横浜／新横浜店	
			(イ) 所在地	〒222－0033 神奈川県横浜市港北区新横浜4－1－16	
③ 死亡した年月日	令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		④ 死亡原因	心不全	
⑤ 被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア) 氏名	健保 太郎	(イ) 埋葬した年月日	年 月 日	(ウ) 埋葬に要した費用 金 円
	(エ) 被保険者の(最後)の標準報酬月額	千円	(オ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係		
⑥ 被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア) 氏名	該当せず	(イ) 生年月日	年 月 日	(ウ) 被保険者との続柄 該当せず
⑦ 老人保健法の医療をうけていたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関名
⑧ 備考					
⑨ 振込希望の銀行	横浜 銀行・農協 / 金庫・組合	新横浜 支店	普通 / 当座	NO. 1234567	

上記のとおり請求します。

令和○○ 年 ○ 月 ○ 日

〒 222－0033

⑩ 住所 神奈川県横浜市港北区新横浜4－1－16

新横浜マンション705号室

請求者の ⑪

（フリガナ） ケンポ ゴロウ

健康保険組合理事長 殿

⑫ 氏名 健保 吾郎 印

（注 意 事 項）

ア、標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲むこと。

イ、①欄は、健康保険の被保険者証を、⑤の（エ）欄は事業主から交付された死亡当時の「賃金支払内訳票」などを見て記載すること。

ウ、被保険者が死亡したための請求であるときは、⑥の（ア）と（イ）と（ウ）の各欄に、また被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑤の（ア）から（オ）までの各欄に「該当せず」とし、その他の欄は漏れなく記載すること。

エ、⑤の（イ）と（ウ）の欄は、死亡した被保険者の当該請求（この場合は標題の「料」の文字を抹消すること。）に、埋葬が請求に要した費用の領収書（費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること。）を添えること。なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

オ、⑧欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときは、その資格喪失年月日を、また死亡のときが死亡の日の三カ月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記載すること。

カ、⑨欄は請求者が直接受領するときに振込希望の銀行名又は郵便局を記載すること。

キ、⑲欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込希望銀行又は郵便局名を記入してください。

ク、⑳欄は、直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入して下さい。

ケ、死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病（死亡）届」をつくって、この請求書に添付すること。

（添付書類）

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検死調書の写を添付して下さい。

⑬ 委任状

私は を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日請求した 被保険者 / 家族 埋葬料(費)・ 被保険者 / 家族 埋葬料(費)付加金のうち

金 円也の受領に関すること。

年 月 日

請求者の ⑭ 住所 ⑯

⑮ 氏名 印

代理人の ⑰ 住所 ⑲

⑱ 氏名 印

⑲ 振込希望の銀行	銀行・農協 / 金庫・組合	支店	普通 / 当座	NO.

事業主の証明	㉔ 死亡した者の氏名		㉕ 死亡した者	被保険者 / 被扶養者	死亡した年月日	年 月 日

うえのとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業主 ㉖ 住所 ㉘

㉗ 氏名 印

(2020.4)

＜記入例＞

（家族用）

受付年月日	年	月	日	決済	理事長	常務理事	事務長	担当
伺年月日	年	月	日					
決裁年月日	年	月	日					
支払年月日	年	月	日					
支給額	円							
支給内訳 埋葬料（費）	円			資格取得	年	月	日	
支給内訳 埋葬料（費）付加金				資格喪失	年	月	日	

被保険者
家族

埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

① 被保険者証の記号・番号	3907 / 第 〇〇〇〇〇 号	② 被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の	(ア) 名称	カメラのキタムラ横浜／新横浜店	
			(イ) 所在地	〒222－0033 神奈川県横浜市港北区新横浜4－1－16	
③ 死亡した年月日	令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		④ 死亡原因	心不全	
⑤ 被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア) 氏名		(イ) 埋葬した年月日	年 月 日	(ウ) 埋葬に要した費用 金 円
	(エ) 被保険者の(最後)の標準報酬月額	千円	(オ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係		
⑥ 被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア) 氏名	〇〇 〇〇	(イ) 生年月日	昭和 年 〇 月 〇 日	(ウ) 被保険者との続柄 父
⑦ 老人保健法の医療をうけていたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関名
⑧ 備考					
⑨ 振込希望の銀行	横浜 銀行・農協 / 金庫・組合	新横浜 支店	普通 / 当座	NO. 1234567	

上記のとおり請求します。

令和〇〇 年 〇 月 〇 日

〒 222－0033

⑩ 住所 神奈川県横浜市港北区新横浜4－1－16

新横浜マンション705号室 ⑪

請求者の

（フリガナ） ケンポ ゴロウ

健康保険組合理事長 殿

⑫ 氏名 健保 太郎 印

（注 意 事 項）

ア、標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲むこと。

イ、①欄は、健康保険の被保険者証を、⑤の（エ）欄は事業主から交付された死亡当時の「貸金支払内訳票」などを見て記載すること。

ウ、被保険者が死亡したための請求であるときは、⑥の（ア）と（イ）と（ウ）の各欄に、また被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑤の（ア）から（オ）までの各欄に「該当せず」とし、その他の欄は漏れなく記載すること。

エ、⑤の（ウ）の欄は、死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行なう者が請求する場合に限り該当の（イ）とし、その他の者が請求（この場合は標題の「料」の文字を抹消すること。）するときに、埋葬に要した費用の領収書（費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること。）を添えること。なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

オ、⑧欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときは、その資格喪失年月日を、また死亡のときが死亡の日の三カ月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記載すること。

カ、⑨欄は請求者が直接受領するときに振込希望の銀行名又は郵便局を記載すること。

キ、⑲欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込希望銀行又は郵便局名を記入してください。

ク、⑳欄は、直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入して下さい。

ケ、死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病（死亡）届」をつくって、この請求書に添付すること。

（添付書類）

許可証、事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検死調書の写を添付して下さい。

⑬ 委任状

私は を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日請求した 被保険者 / 家族 埋葬料(費)・ 被保険者 / 家族 埋葬料(費)付加金のうち

金 円也の受領に関すること。

年 月 日

請求者の ⑭ 住所 ⑯

⑮ 氏名 印

代理人の ⑰ 住所 ⑲

⑱ 氏名 印

⑲ 振込希望の銀行	銀行・農協 / 金庫・組合	支店	普通 / 当座	NO.

事業主の証明	㉔ 死亡した者の氏名		㉕ 死亡した者	被保険者 / 被扶養者	死亡した年月日	年 月 日

うえのとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業主 ㉖ 住所 ㉘

㉗ 氏名 印

（2020.4）