

受付年月日	年 月 日	理事長	常務理事	事務長	担当
同年月日	年 月 日	決 済			
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	
			資格喪失	年 月 日	

(注 意 事 項)

アの欄に「被保険者証の記号・番号」を記入し、被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の名称、所在地を記入する。
 ③ 死亡した年月日を記入する。
 ④ 死亡原因を記入する。
 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氏名、被保険者の(最後の)標準報酬月額、埋葬した年月日、死亡した被保険者と請求者との身分関係を記入する。
 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氏名、生年月日、死亡した被保険者との続柄を記入する。
 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、発行機関名を記入する。
 ⑧ 備考欄に「被保険者証の領収書(費用の内訳と記載されている品名、数量、単価及び翻訳者名)を添付すること。」を記入する。
 ⑨ 振込希望の銀行、支店、普通当座 NO. を記入する。
 ⑩ 住所を記入する。
 ⑪ 請求者のフリガナを記入する。
 ⑫ 氏名を記入する。

被 保 険 者 家 族 埋 葬 料 (費) 請 求 書

① 被保険者証の記号・番号	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名称	(ア) 所在地
③ 死亡した年月日	年 月 日	④ 死亡原因	
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	(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	(イ) 生年月日	(ウ) 被保険者との続柄
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	銀行・農協 金庫・組合	支店	普通 当座 NO.
上記のとおり請求します。			
年 月 日	⑩ 住所	請求者の	⑪
		(フリガナ)	
健康保険組合理事長 殿		⑫ 氏名	

オの欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときは、その資格喪失の日から起算して、その死亡の日までの期間を記載する。
 ⑬ 私は、被保険者(遺族)の代理人として、次の権限を委任する。
 ⑭ 住所
 ⑮ 氏名
 ⑯ 住所
 ⑰ 氏名
 ⑱ 振込希望の銀行、支店、普通当座 NO. を記入する。
 ⑲ 死亡した者の氏名、死亡した者の氏名、死亡した年月日、被保険者被扶養者、死亡した年月日、年 月 日
 ⑳ うえのとおり相違ないことを証明します。
 ㉑ 住所
 ㉒ 氏名

⑬ 私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
年 月 日	被保険者 埋葬料(費)
金 円	家族 円也の受領に関すること。
年 月 日	請求者の ⑭ 住所
	⑮ 氏名
	代理人の ⑯ 住所
	⑰ 氏名
⑱ 振込希望の銀行	銀行・農協 金庫・組合
	支店 普通 当座 NO.
⑲ 死亡した者の氏名	⑲ 死亡した者
⑲ 死亡した者の氏名	⑲ 死亡した者
⑲ 死亡した年月日	被保険者被扶養者
年 月 日	死亡した年月日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	㉑ 住所
年 月 日	㉒ 氏名