

記入見本

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

被保険者証の記号・番号		③ 被保険者(請求者)の氏名	(フリガナ) ケンボハナコ	④ 被保険者の生年月日			
①	②	健保 花子	昭和 平成	年	月	日	
1 2 3	4 5 6 7			5	5	5	5
⑤ 被保険者(請求者)の住所		東京都 目黒区〇〇〇-〇〇-〇〇	電話番号				
〒	〇 1 2 - 3 4 5 6		〇〇〇〇-〇〇〇〇				
事業所の名称	⑥ 株式会社 〇〇〇〇〇〇〇〇		⑦ 所在地 品川区 〇〇〇-〇〇-〇〇				
		<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者 <input type="checkbox"/> 特例退職被保険者		※任意継続・特例退職被保険者の方は記入不要です			
⑧ 死亡した年月日		令和 〇 〇 1 0 2 0	⑨ 死亡原因 〇〇〇〇		⑩ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」のときは第三者行為の傷病届を提出してください		
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その方の		⑪ 被扶養者氏名		⑫ 生年月日 昭和 平成 年 月 日		⑬ 被保険者との続柄	
被保険者が死亡したための請求であるときは、その方の		⑭ 被保険者氏名 健保 太郎		⑮ 被保険者と請求者との身分関係 夫			
		⑯ 埋葬年月日 令和 年 月 日		⑰ 埋葬(費)に要した費用の額			
介護保険法のサービスを受けていた時		⑱ 保険者番号		⑲ 被保険者番号		⑳ 保険者名称	
㉑ 亡くなられた方は、退職などにより当組合の被保険者資格喪失後に家族の被扶養者となった方、または、退職などにより当組合の被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 1 資格喪失後、3ヵ月以内に亡くなられた 2 資格喪失後に「傷病手当金」や「出産手当金」を継続受給中、または受給終了後3ヵ月以内に死亡		㉒ 左記㉑で、「はい」と回答されたときは、亡くなられた方が加入していた保険者名等を記入してください。		保険者名称		記号・番号	
				電話番号			

㉓ 給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)  
※ ③の請求者が被保険者本人でないときは、請求者の方の金融機関口座等を記入してください。

金融機関	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫	預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)			
	〇〇〇〇	本店 支店 出張所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 (総合口座) <input type="checkbox"/> 当座	ケンボ ハナコ			
		店番号(3ケタ)		口座番号(数字7ケタ)			
		2 1 0		9	8	7	6 5 4 3

死亡した者の氏名	健保 太郎	死亡した者の氏名	被保険者	死亡した年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 死亡
上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 〇 年 〇 月 〇 日				
事業所所在地	〇〇区〇〇町〇〇-〇				
事業所名称	△×株式会社				
事業主氏名	△× 〇□				電話 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇 番

◎記入の方法は、別紙「記入例」を確認してください。

令和 〇 年 〇 月 〇 日 提出

◎添付書類

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市(区)町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写し、死亡診断書または死体検案書の写しのいずれかを添付してください。

受付日付印

社会保険労務士記載欄	
------------	--