

※支給決定決議書	伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係長	係員	資格	得	年 月 日
								喪	年 月 日
	支給額	¥50,000		備考			該当条文	第100条	
							被扶養者台帳照合印		

**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	①健康保険証の記号・番号	(記号)	(番号)	②請求者の氏名と印						㊟			
	③請求者の現住所	〒											
	④被保険者が勤務していた又はしている事業所の名称												
	⑤死亡した年月日	令和	年	月	日	⑥死亡した原因							
	⑦被保険者が死亡したための請求は、その者の	(ア)氏名				(イ)埋葬した年月日	令和	年	月	日	(ウ)埋葬に要した費用	金	円
		(エ)被保険者の標準報酬月額				千円	(オ)被保険者と請求者との身分関係						
	⑧被扶養者が死亡したための請求は、その者の	(ア)氏名				(イ)生年月日	昭和	平成	年	月	日	(ウ)被保険者との続柄	
	⑨死亡した者が老人保健法医療受給者証の交付を受けている場合は、その受給者証の	市 町 村 番 号			受 給 者 番 号			発行機関名 (市町村名)					
	⑩備考												

事業主が証明するところ	⑪死亡した者の氏名				⑫死亡した者	被保険者	被扶養者
	⑬死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡	
	上記のとおり相違ないことを証明します。						
令和 年 月 日							
住 所							
事業主							
氏 名							
㊟							

支払金融機関の欄	銀行名	銀行					本・支店					
	預金種別	1. 普通 2. 当座			口座番号							
	フリガナ	-----										
	口座名義人											

委任状	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。										
	令和 年 月 日										
状	被保険者（請求者）氏名										
	代理人の氏名				㊟	代理人の住所					

(添付書類)

死亡診断書、死体検案書、埋火葬許可書のいずれか一つの写しの添付、もしくは事業主の証明を受けて下さい。

令和 年 月 日提出

<記入上の注意事項>

1. 死亡した被保険者の被扶養者であり、かつ埋葬を行うべき者以外の者がこの請求をする場合、標題の「料」の文字を抹消し⑦の「イ」と「ウ」の欄を必ず記載するとともに埋葬に要した費用の領収書（費用の内訳として品目数量、単価および金額を明記してあることが必要です）を添えてください。
2. ②欄の印は、請求者が自署した場合に限り省略できます。
3. この埋葬料（費）を請求者以外の口座に振込を指定する場合は、「委任状」に記入・押印してください。
4. ※の欄は記入しないでください。

<添付書類>

死亡診断書、死体検案書、埋火葬許可書のいずれか一つの写しの添付、もしくは事業主の証明を受けて下さい。