

※支給決定決議書	伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係						日
	支給額	¥50,000									日
			備考						被扶養者台帳照合印		

【記入例】
被保険者（社員）が逝去され、
家族（妻）が請求する場合

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) 1	(番号) 12345	②請求者の氏名と印	健保 花子 ㊟						
	③請求者の現住所	〒123-4567 愛知県名古屋市〇〇区〇〇町 1-2 〇〇マンション 101									
	④被保険者が勤務していた又はしている事業所の名称	(株) ススケン									
	⑤死亡した年月日	令和 〇年 〇〇月 〇〇日			⑥死亡した原因	〇〇〇〇〇〇					
	⑦被保険者が死亡したための請求は、その者の	(ア)氏名	健保 太郎			(イ)埋葬した年月日	令和 〇年 〇〇月 〇〇日		(ウ)埋葬に要した費用	金 円 (別紙証拠書のとおり)	
		(エ)被保険者の標準報酬月額	〇〇〇 千円			(オ)被保険者と請求者との身分関係	妻				
	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 年 月 日 平成 年 月 日 令和 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	〇〇〇〇 銀行 〇〇〇 本・支店										
	預金種別	① 普通 2. 当座			口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	ケンポ ハナコ										
	口座名義人	健保 花子										

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 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。