

※ 健保記入欄	資格	取得年月日	年 月 日
支給額	円	喪失年月日	年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者
 家族 埋葬料(費)請求書

(該当する欄に を記入して下さい。)

被保険者への注意事項

5 4 3 2 1
 死亡の日を記載すること。
 死亡診断書(死体検案書)記載事項証明書の写しを添付して下さい。
 死亡が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者の行為による死亡届」を添付して下さい。
 ※印の欄は、記入しないで下さい。

被 保 險 者 (請 求 者) 記 入 欄	① 提出日	令和 年 月 日		
	② 事業所	③ 所属	部・工場 室・課	
	④ 被保険者等 記号・番号	記号 番号	⑤ 被保険者(請求 者)の氏名	
	⑥ 被保険者の (請求者)住所	(〒)		
	⑦ 死亡した 年月日	令和 年 月 日	⑧ 死亡し た原因	
	⑨ 死亡の原因が第三者の行為に よるものであるか否か	ある・ない	第三者が不明・第三者から埋葬料(費)の補償がない	
	※ 第三者から埋葬料(費)の補償がある場合には、健康保険組合へ請求できません。			
	⑩ 死亡した 被保険者の	⑦ 氏 名	① 埋葬した 年月日	令和 年 月 日
		⑦ 埋葬に要 した費用	円	⑤ 死亡した被保険者と 請求者との身分関係
	⑪ 死亡した 被扶養者の	⑦ 氏 名	① 生年月日	昭・平・令 年 月 日
		⑦ 被保険者 との続柄		
	⑫ 備考			

事 業 主 記 入 欄	⑬ 死亡した 者の氏名	⑭ 死亡した者は	被保険者 ・ 被扶養者
	⑮ 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。		
	⑯ 住 所	⑰ 氏 名	

支 払 金 融 機 関	⑱ 振込先金融機関名		⑲ 口座番号(記号・番号)
	銀行・農協 信金・信組		本店 普通・当座 支店
	⑲ 銀行コード		⑳ 支店コード

※ この請求書は必ず、事業所担当部署を経由して、健康保険組合へ提出して下さい。
 毎月20日締切、翌月給与で給付します。

※、-----、
 受付日付印