

①健康保険 被保険者 埋葬料請求書
家 族

(注意事項)

①標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字を丸で囲んでください。②老人保健の医療受給者証に書いてある事項について記入してください。③介護保険の被保険者証に記載されている事項について記入してください。④給付金の受領方を他人に依頼するときのみ、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。⑤被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

(添付書類)

- 事業主の証明を得ないで請求する場合 除籍謄本や戸籍謄本等の死亡日が確認できる書類
- 死亡した被保険者の被扶養者ではない家族が埋葬を行う場合 除籍謄本や戸籍謄本等の被保険者と請求者の関係が分かり、死亡日が確認できる書類、権利継承届
- その他の者が請求する場合 費用の実費の領収書と(原本)と費用明細(原本)
- 証拠書等が外国語等で記載されている場合 翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文

被保険者が記入するところ	被保険者の記号・番号		被保険者の(請求者)の氏名		生年月日		事業所の名称		
			(フリガナ)		昭・平		年 月 日		
	被保険者の(請求者)の住所			〒					
				Tel					
	死亡した年月日			年 月 日		死亡原因			
	死亡が第三者の行為によるときはその 事実並びに第三者の住所氏名								
	被保険者の死亡		被保険者氏名		請求者との身分関係				
			埋葬した年月日		埋葬に要した費用		金 円		
	被扶養者の死亡		被扶養者の氏名		生年月日		年 月 日		被保険者と続柄
	② 老人保健法の医療を受けていたとき		市町村番号			受給者番号		発行機関名	
③ 介護保険法のサービスをを受けていたとき		市町村番号			受給者番号		保険者名称		
備考欄									

振込先	銀行		本店		預金種別	口座番号	フリガナ	
	金庫		支店		普通 当座 その他		名義	

④ 受取代理人の欄	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)		住所 氏名					
代理人の氏名		(フリガナ)			代理人の住所		〒	
							Tel	

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名		死亡した者		被保険者・被扶養者	
	死亡した年月日		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						
事業主		住所 氏名				