

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

被保険者が死亡した場合

- 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		
	1	222222	(フリガナ) サンヨウ カズミ		明・大	50年3月3日	株式会社 三陽商会		
			三陽 一美 ㊟ ←請求者の名前を記入		昭・平				
	被保険者の（請求者）の住所			〒105-0022 港区海岸1-2 汐留マンション102号 Tel 03-2222-2222					
	死亡した年月日			平成22年3月25日		死亡原因		急性心不全	
	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		三陽 一夫		請求者との身分関係		妻
			埋葬した年月日		平成22年3月31日		埋葬に要した費用		金 1,000,000 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受けていたとき		市町村番号		受給者番号		保険者名称			
請求者の口座を記入してください。									

振込先	000	銀行 金庫	△△△	本店 支店	預金種別	口座番号	フリガ	サンヨウ カズミ
					普通 当座 その他	1111111	名義	三陽 一美

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。								
	平成 年 月 日								
被保険者		記入不要です。							
代理人の氏名と印			㊟			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				
	上記のとおり 平 事業主	事業主に証明してもらってください。(被保険者だった方が資格喪失後 3 ヶ月以内に死亡し請求するときは記入不要です。)			
氏名					

被保険者
①健康保険 家族 埋葬料請求書

(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

被扶養者が死亡した場合

- 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			
	1	222222	(フリガナ) サンヨウ カズオ		明・大	50年1月1日	株式会社 三陽商会		
			三陽 一夫 ㊟		昭・平				
	被保険者の（請求者）の住所		〒105-0022 港区海岸 1-2 汐留マンション 102号 Tel 03-2222-2222						
	死亡した年月日		平成 22年 3月 25日		死亡原因		急性心不全		
	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				
	被扶養者の死亡		被扶養者の氏名	三陽 一美		生年月日	平成 50年 3月 3日	被保険者と続柄	妻
	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			
請求者の口座を記入してください。									

振込先	000	銀行	△△△	本店	預金種別	口座番号	フリガ	サンヨウ カズオ
	金庫	支店		普通 当座 その他	111111	名義		三陽 一夫

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。						
	平成 年 月 日						
	被保険者以外の口座に振り込むときは④受取代理人の欄も記入してください。						
代理人の氏名と印		(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 事業主に証明してもらってください。			
事業主 住所				
氏名				

被保険者
 ①健康保険 家族 埋葬料請求書

(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考証に書いてある事項について記入し、受取代理

被保険者だった方が資格喪失後 3ヶ月以内に死亡した場合

- 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		
	1	222222	(フリガナ) サンヨウ フミ		明・大	55年12月31日	株式会社 三陽商会	
			三陽 二美 ㊟ ←請求者の名前を記入		昭・平			
	被保険者の（請求者）の住所		〒105-0022 港区海岸 1-2 汐留マンション 102号 Tel 03-2222-2222					
	死亡した年月日		平成 22年 3月 25日		死亡原因	急性心不全		
	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		三陽 一夫		請求者との身分関係		妹
		埋葬した年月日		平成 22年 3月 31日		埋葬に要した費用		金 1,000,000 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			
請求者の口座を記入してください。								

振込先	〇〇〇	銀行	△△△	本店	預金種別	口座番号	フリガ	サンヨウ フミ
		金庫		支店	普通 当座 その他	1111111	名義	三陽 二美

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。						
	平成 年 月 日						
	記入不要です。						
代理人の氏名と印			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		
	記入不要です。		
事業主	住所		
	氏名		