

健康保険

被保険者
被扶養者

埋葬料(費)・付加金請求書

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る 欄	被保険者等の 記号番号	記号 番号	事業所名	電話				
	被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ			生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	被保険者 (請求者) 住所	〒			電話			
	死亡した年月日		令和	年	月	日	死亡原因	
	第三者の行為によるものですか		いいえ ・ はい ※「はい」の場合、別紙「第三者による傷病事故届」を添付してください。					
	●被扶養者(ご家族)が死亡したための申請である場合にご記入ください。							
	被扶養者 氏名 (死亡者名)	フリガナ		被保険者 との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 被保険者 (請求者)					令和	年 月 日
	●被保険者が死亡したための申請である場合にご記入ください。							
	被保険者 氏名 (死亡者名)	フリガナ		被保険者と 請求者との 身分関係	埋葬した 年月日	令和	年 月 日	
埋葬に要した費用の額		円						
支 払 金 融 機 関	銀行 信用金庫		本店 支店	普通 ・ 当座	口座番号			
	口座名義 (請求者)	フリガナ						

※死亡についての事業主の下記証明欄の記入、又は、火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか1つを添付(写)してください。

※被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬に要した費用の「領収書」原本(費用内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの)を添付してください。

※被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の者による請求の場合は、亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本(戸籍謄本、住民票等)を添付してください。

事 業 主 の 証 明 す る 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和	年	月	日	受付日付印
	事業所所在地					
	事業所名称					
	事業主氏名					
	電話	(		)		

社会保険労務士記載欄
氏 名 等