

健康保険 被保険者家族 埋葬料（費）請求書

健保委員印

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	第 _____ 号	② 被保険者の生年月日	明大昭平 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	③ 被保険者（請求者）の氏名印	(印)		事業所の	⑦ 名称		
	④ 被保険者（請求者）の住所	〒 _____		① 所在地			
	⑤ 死亡した年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑤ 死亡原因			⑥ 第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい
	被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	⑤ 被扶養者氏名		④ 生年月日	⑦ 統 柄		
	被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	⑥ 被保険者氏名		明・大昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日		⑧ 被保険者の標準報酬月額	
		⑦ 埋葬した年月日		⑧ 埋葬に要した費用の額		千円	
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		円			
	老人保健法の医療を受けていたとき	⑨ 区市町村番号		⑩ 受給者番号		⑪ 発行機関名	
	⑫ 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の	被 保 険 者 名		保 險 者 名		記 号 番 号	
⑬ 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の	記号および番号				—		
備 考							

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	⑭ 死亡した者の氏名			⑮ 死亡した者は被保険者ですか	被保険者・被保険者ではない	
	⑯ 死亡した年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	死亡			
	⑰ うえのとおり相違ないことを証明します。				平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
住 所		事 業 主 氏 名		(印)		
		電 話		()		

委 任 状	⑱ 私は下記の事業主を代理人と定め、埋葬料(家族埋葬料)の受領方を委任します。			平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日提出
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			受付日付印
被保険者（請求者）		住 所	⑲ (③と同じ印)	
		氏 名	(印)	
代理人（事業主）		所 在 地		
		事業所名		
		氏 名	(印)	

社会保険労務士の提出 代行者印	(印)
--------------------	-----

(注意事項)

- ア. 標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲んでください。
- イ. ①および②は、健康保険の被保険者証を、⑦および⑧は事業主から交付された死亡当時の「賃金支払内訳票」などをみて記入してください。
- ウ. ③および④、⑤は、印もれののないよう、また明瞭に押印してください。(③と同じ印を⑥に押してください。) また、字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して、その上に正しい字句を記入し、訂正箇所各記入者と同じ印を押してください。
- エ. ⑨、⑩、および⑪は、老人保健の医療受給者証に書いてあります。
- オ. 被保険者が死亡したための請求であるときは、⑫、⑬および⑭の各欄に、また被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑮から⑰までの各欄に「該当せず」と記入し、その他の欄はもれなく記入してください。
- カ. ⑱と⑲の欄は、死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行う者が請求する場合に限り「該当せず」とし、その他の者が請求(この場合は、標題の「料」の文字を抹消すること。)する場合は、必ず記入するとともに、埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳として品名、数量、単価および金額が明記してあること。)を添えてください。
- なお、証拠書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
- キ. ⑳および㉑の年号と㉒、㉓は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
- ク. 備考欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときに、その資格喪失年月日を、また死亡のときか死亡の日の三カ月前まで健康保険で療養を受けていたときにその傷病名と健康保険による療養の開始日などを記入してください。
- ケ. 死亡が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病(死)届」を作成のうえ、この請求書に添付してください。

(添付書類)

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に除籍謄本(原本)を添付してください。