

※支給決定決議	伺の日	年	月	日	標準月額	円		
	支給額				死亡	年 月 日		
	法定額				年月日			
	附加金				常務理事	事務長	係 員	
	資格	得喪	年	月	日			

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）請求書

【備考】

- ③ ② ① この請求をする場合には死亡診断書又は埋葬許可書が死亡に関する市区町村長の証明を添付して下さい。  
 ③ 請求者の印は、はっきりと押して下さい。  
 ※印は記入しないこと。

請求者の記入するところ	① 被保険者証の記号と番号	第 号	請求者の氏名と印	④	◎ 金額の受領を委任するときは左記に記入すること。 金額の受領を左記のものに委任いたします。  委任された者の 住所 氏名  被保険者氏名
	② 請求者の現住所	郵便番号			
	③ 勤務していた又は勤務している事業所名				
	④ 死亡した年月日	年 月 日	死亡した原因		
	⑤ 第三者の行為によるものなるときは、その事実並に第三者の氏名及び住所				
	⑥ 被保険者が死亡のための請求できるときは記入のこと				
	①死亡した被保険者の氏名	②埋葬した年月日	年 月 日	③埋葬に要した費用	
	④被保険者の(最後の)標準報酬等級	第 級	⑤死亡した被保険者と請求者との続柄又は身分関係		
	⑦ 被扶養者が死亡したための請求であるときに記入のこと				
	①その者の氏名	②生年月日	年 月 日	③被保険者との続柄	
⑧ 備考					
事業主の証明するところ	⑨死亡した者の氏名	⑩死亡したものは被保険者ですか	被保険者である・ない		
	⑪ 死亡した年月日	年 月 日			
	うえのとおり相違ないことを証明します。 〒 年 月 日 ⑫ 事業主 住所 氏名 印				
年 月 日提出		※ 支払		※ 受付	