

健康保険被保険者家族 埋葬料（費）・付加金請求書

令和1年11月28日提出

被保険者（請求者）が記入するところ	被保険者証の記号と番号	記号 1	番号 1234	事業所名称 〇〇株式会社
	被保険者名（請求者）	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		被保険者（請求者）住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション301号
	生年月日	昭和・平成・令和 55年 10月 5日		電話 03 (1234) 5678
	死亡した年月日	平成 1年 11月 19日 令和		死亡原因 心不全
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、被扶養者氏名	健保 保		生年月日 昭和・平成 23年 9月 7日 被保険者との続柄 父
	被保険者が死亡したための請求であるときは、被保険者氏名			生年月日 昭和・平成
生計維持されていなかった者が請求する場合	埋葬した年月日	平成	年 月	第三者の行為によるものですか いいえ・はい

「はい」の場合、「第三者の行為による傷害事故届」など追加の書類が必要となります。当健康保険組合へご連絡ください。

※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は、「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	死亡した方の氏名	死亡した方は被保険者ですか	被保険者 ・ 被保険者でない
	死亡年月日	平成・令和 年 月 日	死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 事業主 名称 氏名 記入は不要です (死亡診断書等の写しを添付する場合には不要です。) 電話		

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） 健保 太郎	
支払金融機関	※被保険者が死亡した場合、こちらにご記入ください 銀行 支店番号	在職中の方は「委任状」欄に署名・押印をしてください。 (給与と合算して振り込まれます。) 退職した方で事業所から指示があった方は、「支払金融機関」欄に希望の口座を記入してください。 (希望の口座へ振り込まれます。)
	支店番号	氏名は自筆でご記入ください

社会保険労務士の提出代行者
