

健康保険

被保険者
家族

埋葬料（費）支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の		② 被保険者(請求者)の氏名										③ 生 年 月 日					
	記号	番 号	(自署)										昭和 平成 令和	年	月	日		
	④ 被 保 険 者 (請求者)の住所		〒 ー TEL: ()															
	⑤ 事業所の	名 称																
		所 在 地		〒 ー TEL: ()														
	⑥ 死亡した年月日		令和		年		月		日	⑦ 死亡原因					⑧ 第三者行為によるものですか いいえ はい			
	⑨ 被扶養者が死亡した ための請求であるときは、その方の		(ア) 被扶養者氏 名						生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄				
	⑩ 被保険者が死亡した ための請求であるときは、その方の		(イ) 被保険者氏 名										被保険者と請求者との関係(続柄)					
			(ウ) 埋葬した年月日		令和		年		月		日	(エ) 埋葬に要した費用の額						
⑪ 老人保険法の医療を受けていたとき		区市町村番号				受給者番号				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										保険者名				記号・番号				

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名												死亡した者は 被保険者 被扶養者	
	死亡した年月日		令和	年	月	日	死亡							
	うえのとおり相違ないことを証明します。 事業主 住所 〒 ー 氏名 TEL ()													

* 裏面の[注意事項]を確認のうえご記入ください。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

【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マルで囲んでください。
2. ①は、健康保険者証の氏名の上の記号、番号を記入してください。
3. ⑪は、老人保健の医療受給者証に記載されています。
4. 被保険者が死亡したための請求であるときは、⑨の(ア)欄に、また 被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑩の(イ)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。
5. ⑩の(ウ)(エ)欄は、死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行う方が請求する場合に限り「該当せず」とし、その他の方が請求(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、単価及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。
6. 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。

【添付書類についての注意】

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写し、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写のいずれかを添付してください。