

健康保険 埋葬料(費) ・ 家族埋葬料 請求書

請求者が記入するところ	被保険者証の 記号・番号	—	フリガナ						
	請求者の住所	〒							電話 ()
	事業所の名称								
	死亡した年月日	令和 年 月 日			死亡の原因 (傷病名等)				
	被 保 険 者 が 死 亡 し た と き								
	被保険者氏名				死亡した被保険者と 請求者の身分関係				
	埋葬した年月日	令和 年 月 日			埋葬に要した費用	円			
	被 保 扶 養 者 が 死 亡 し た と き								
	被扶養者氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	被保険者 との続柄			
	死亡の原因は 業務上による ものですか	いいえ (業務外) はい (業務上)		死亡の原因は第三者の 行為によるものですか	いいえ はい (別途「負傷届・第三者行為用」 を提出してください)				
代理人請求者又は記入欄	金融機関名		支店名	種別	口座番号			口座名義	
	(フリガナ)		(フリガナ)	普通 ・ 当座				(フリガナ)	
振込先		銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所						

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	死亡した者は被保険者でしたか、被扶養者でしたか	死亡した年月日
		被保険者であった ・ 被扶養者であった	令和 年 月 日
	うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日		
事業所の所在地 事業所の名称 事業主氏名 電話 ()			

※ 以下の欄は受取を代理人に委任する場合のみ記入押印して下さい。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を 代理人に委任します。	代理人の氏名	被保険者(請求者) との関係
		フリガナ	
	令和 年 月 日		
	被保険者(請求者)	代理人の住所・電話番号	
住所	〒		
氏名	電話 ()		

※ 添付書類については、裏面をご覧ください。

添付書類

表面の事業主証明欄(死亡者の証明)

事業主が証明するか、または次のいずれか1つを添付してください。

- 埋葬許可証のコピー
- 火葬許可証のコピー
- 死亡診断書のコピー
- 死体検案書のコピー
- 検視調書のコピー
- 死亡者の戸籍(除籍)謄(抄)本
- 住民票(除票)の写し

被扶養者以外が埋葬料を請求する場合

生計維持関係の確認を必要とするため

- 住民票の写し(死亡者と請求者が記載されているもの)又は続柄を確認できる戸籍謄本(除籍謄本)

ほか、次のいずれかの書類を添付してください。

- 定期的な仕送りの事実がわかる預貯金通帳のコピー
- 定期的な仕送りの事実がわかる現金書留の封筒のコピー
- 死亡者が請求者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書のコピー
- 源泉徴収票のコピー又は課税台帳等のコピー

埋葬費を請求する場合

- 埋葬に要した費用の領収書及び明細書

注) 様式に記入のうえ証明 必ず添付 ● いずれか1つを添付

※ この請求書には、事業主の証明欄がありますが、この欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。しかしながら健康保険法施行規則における事業主証明書の取扱いについては、被保険者が請求する場合は、請求書に添付したうえ健保組合に提出することとされています。

つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、請求者記入欄についてのみ記入した請求書に、事業主証明書を添付のうえ提出していただいで結構です。