

健保使用欄		
資格取得	年	月 日
資格喪失	年	月 日

被保険者  
家族

## 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

被保険者(申請者)記入欄	① 被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	② 被保険者が勤務していた、 または勤務している 事業所名(会社名)		
	③ 死亡した 年月日	令和	年	月	日	
		④ 死亡 原因		⑤ 工作中、通勤途中 又は第三者行為に よるものですか	はい・いいえ	
	⑥ 被保険者が 死亡したための 請求の場合	A 被保険者 氏名			B 死亡した被保険者と 請求者との身分関係 (続柄等)	
		C 埋葬に要した 費用	円	D 埋葬した年月日 (又は火葬年月日)	令和	年 月 日
	⑦ 被扶養者が死亡した ための請求の場合	A 被扶養者 氏名	B 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	C 被保険者 との続柄
	⑧ 備考					
	⑨ 住所	(〒	—	都道 府県	令和	年 月 日
	被保険者 (申請者)の 氏名					
	TEL	( )				
⑩ 振込希望の 金融機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。 また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 なお、被保険者死亡によるご遺族の請求時に公金受取口座への振込を希望する場合は健保組合にご相談ください。</small>					
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。					
	銀行・金庫・信組				店・本店 支店・出張所	
	普通 口座番号 当座 (右づめ)	( )	口座名義(カタカナ)			
	※ 受取代理人を指定する場合は、受取代理人が希望する金融機関口座をご記入ください					

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します					令和	年	月	日
	被保険者 (申請者)の 氏名	住所: 上記「被保険者(申請者)記入欄」の住所と同じ							
	⑪ 受取人 情報	住所	(〒	—	都道 府県	⑫ 委任者と 代理人との関係			
	代理人の 氏名	( )							
	TEL	※ 日中の連絡先をご記入ください							

事業主の証明	⑬ 死亡した者 の氏名	⑭ 死亡した者	被保険者・被扶養者							
	⑮ 死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡				
	うねのとおり相違ないことを証明します。							令和	年	月
	事業主	住所	氏名							

### 【添付書類】

#### ●被保険者が亡くなったとき

- (1) 健康保険被扶養者が申請する場合・・・死亡したことを証明する書類(死亡診断書・埋葬許可証または火葬許可証の写し)  
(2) (1)以外の方が申請する場合・・・①死亡事実を証明する書類(死亡診断書・埋葬許可証または火葬許可証の写し)  
②領収書(申請者の方の名前がフルネームで記載されたもの)

#### ●被扶養者が亡くなったとき

- ・・・死亡したことを証明する書類(死亡診断書・埋葬許可証または火葬許可証の写し)

※ 提出された書類の内容に応じて別途健保より確認させていただく場合があります。