

記入例

被保険者
被扶養者

埋葬料（費）請求書

健康保険

（注意事項）

- 1 埋葬に要した費用は埋葬費の請求を行う場合のみ記入ください。またその際領収書の（写）の添付が必要です。埋葬費とは埋葬を行う家族がいない場合に会社関係者などが埋葬を行った場合に支払われるものです。従いまして、家族が埋葬を行った場合は、埋葬料が支給されますので、1及び領収書の（写）の添付は不要です。
 - 2 事業主の証明が受けられない請求（退職後・任意継続被保険者等）の場合は、死亡診断書（写）を添付してください。
 - 3 受付印の欄は記入しないでください。
- 組合員（被保険者・被扶養者）以外の者が請求する場合は、身分関係（続柄）を証明する書類を添付してください。

請求者の記入するところ	被保険者証の記号・番号	800 : 58		請求者の氏名	島田 〇〇子 (印)		(自署した場合押印はいりません)	
	請求者の現住所	〒000-1234 000市000町5-7-9 電話 000(000)0000						
	被保険者の勤務していた又は勤務する事業所名称	伊藤忠〇〇〇(株)						
	死亡年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	死亡した原因	心不全				
	被保険者が死亡したための請求であるときはその者の							
	氏名	島田 〇夫	埋葬日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	1 埋葬に要した費用	円		
	被保険者（最後）の標準報酬月額	560 千円		死亡した被保険者と請求者との身分関係	妻			
	被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の							
	氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	被保険者との続柄			
	高齢者医療制度（老健）に該当する者の請求であるときの記入欄							
市町村番号		受給者番号		発行機関名（市町村）		（備考）		
死亡した者の氏名	島田 〇夫		死亡した者は被保険者ですか	被保険者 ・ 被保険者でない				
死亡した年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日							
上のとおり相違ないことを証明します。								
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日								
所在地	000E0001-1-1							
事業所名	伊藤忠〇〇〇(株)							
事業主氏名	代表取締役 〇〇〇〇 (印)							
埋葬料（費）を受取る金融機関（郵便局は除く）								
銀行番号	001	銀行・信託銀行 信金・農協・信組	店番号	1234	支店・本店 出張所	普通 当座		
口座	1234567		(加付) 名義	シマダ マルマルコ				
埋葬料(費)の受取りを事業所に委任する場合								
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を (印) 殿に委任します。							
	平成 年 月 日	被保険者氏名					(印)	
	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出							
3 【 受付印 】								

記入例

被保険者 被扶養者 埋葬料（費）請求書

健康保険

（注意事項）

1 埋葬に要した費用は埋葬費の請求を行う場合のみ記入ください。またその際領収書の（写）の添付が必要です。埋葬費とは埋葬を行う家族がいないうちに会社関係者などが埋葬を行った場合に支払われるものです。従いまして、家族が埋葬を行った場合は、埋葬料が支給されますので、1及び領収書の（写）の添付は不要です。

2 事業主の証明が受けられない請求（退職後・任意継続被保険者等）の場合は、死亡診断書（写）を添付してください。

3 受付印の欄は記入しないでください。

組合員（被保険者・被扶養者）以外の者が請求する場合は、身分関係（続柄）を証明する書類を添付してください。

請求者の記入するところ	被保険者証の記号・番号	920 : 1560	請求者の氏名	辻本 喜男 (印)	
	請求者の現住所	〒 111-0000 00市000町5-6-7 電話 010 (111) 1112			
	被保険者の勤務していた又は勤務する事業所名称	伊藤忠000(株)			
	死亡年月日	平成 00年 00月 00日	死亡した原因	心不全	
	被保険者が死亡したための請求であるときはその者の				
	氏名		埋葬日	平成 年 月 日	1 埋葬に要した費用 円
	被保険者（最後）の標準報酬月額	千円	死亡した被保険者と請求者との身分関係		
	被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の				
	氏名	辻本 00子	生年月日	大正 昭和 平成 26 年 10 月 5 日	被保険者との続柄 妻
	高齢者医療制度（老健）に該当する者の請求であるときの記入欄				
市町村番号		受給者番号	発行機関名（市町村）	（備考）	
2 事業主の証明するところ	死亡した者の氏名	辻本 00子	死亡した者は被保険者ですか	被保険者 ・ 被保険者でない	
	死亡した年月日	平成 00年 00月 00日			
	上のとおり相違ないことを証明します。 平成 00年 00月 00日				
	所在地	000区000-1-5-8			
事業所名	伊藤忠000(株)				
事業主氏名	代表取締役 00 00 00 (印)				
振込み口座	埋葬料（費）を受取る金融機関（郵便局は除く）				
	銀行番号： 123 000	銀行 信託銀行 信金・農協・信組	店番号： 1234 ΔΔΔ	支店 本店 出張所	普通 当座
	口座	1 2 3 4 5 6 7	(追加) 名義	ツジモト ヨシオ	
委任状	埋葬料(費)の受取りを事業所に委任する場合				
	本請求に基づく給付金に関する受領を (印) 殿に委任します。				
	平成 年 月 日	被保険者氏名 (印)			
	平成 00年 00月 00日 提出	3 【 受付印 】			

被保険者
被扶養者 埋葬料(費)請求書

健康保険

(注意事項)

1 埋葬に要した費用は埋葬費の請求を行う場合のみ記入ください。またその際領収書の(写)の添付が必要です。埋葬費とは埋葬を行う家族がいない場合に会社関係者などが埋葬を行った場合に支払われるものです。従いまして、家族が埋葬を行った場合は、埋葬料が支給されますので、1及び領収書の(写)の添付は不要です。
2 事業主の証明が受けられない請求(退職後・任意継続被保険者等)の場合は、死亡診断書(写)を添付してください。
3 受付印の欄は記入しないでください。
組合員(被保険者・被扶養者)以外の者が請求する場合は、身分関係(続柄)を証明する書類を添付してください。

請求者の記入するところ	被保険者証の記号・番号	:	請求者の氏名	(印)		
	請求者の現住所	〒				
	被保険者の勤務していた又は勤務する事業所名称	電話 ()				
	死亡年月日	平成	年	月	日	死亡した原因
	被保険者が死亡したための請求であるときはその者の					
	氏名		埋葬日	平成	年	月
	被保険者(最後)の標準報酬月額	千円	死亡した被保険者と請求者との身分関係	1 埋葬に要した費用 円		
	被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の					
	氏名		生年月日	大正	昭和	平成
	高年齢医療制度(老健)に該当する者の請求であるときの記入欄					
市町村番号	受給者番号	発行機関名(市町村)		(備考)		
死亡した者の氏名		死亡した者は被保険者ですか	被保険者 ・ 被保険者でない			
死亡した年月日	平成 年 月 日					
上のとおり相違ないことを証明します。						
所在地						
事業所名						
事業主氏名 (印)						
振込み口座	埋葬料(費)を受取る金融機関(郵便局は除く)					
	銀行番号:	銀行・信託銀行 信金・農協・信組	店番号:	支店・本店 出張所	普通 当座	
口座		(加付) 名義				
委任状	埋葬料(費)の受取りを事業所に委任する場合					
	本請求に基づく給付金に関する受領を			(印) 殿に委任します。		
平成 年 月 日			被保険者氏名 (印)			
平成 年 月 日 提出			3 【 受付印 】			