

被保険者  
家族

## 埋葬料（費）・埋葬料（費）付加金請求書

被 保 険 者	記号	番号	枝番	00	事業所名		
	フリガナ					【被保険者】	〒 電話
	氏名					住 所 連絡先	
<input type="checkbox"/> 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。（希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください） <small>※公金受取口座はマイナポータル等で登録・変更できます。口座情報が取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。          ※被保険者死亡による請求の場合は公金受取口座への振込はできません。</small>							
死亡した方の 氏名				枝番		死亡 年月日 令和 年 月 日	
死亡の原因					第三者行為によるものか	はい いいえ	

◆被保険者死亡による請求の場合、下欄に請求される方の情報をご記入ください。

フリガナ					〒	電話
請求者氏名					住 所 連絡先	
被保険者からみた請求者との身分関係						
振 込 先 口 座	金融機関コード		金融機関名		口座種別	口座番号
					普通 当座	
	店番号		支 店 名		口座名義（カナで記入）	
○埋葬費として請求する場合、続けて下欄も記入してください。						
埋葬年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用	円
備考						

事 業 主 の 証 明	死亡した方の 氏名		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡 年月日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。							
	令和 年 月 日							
	事業所所在地							
	事業所名称							
事業主氏名								
電話番号								

<添付書類>

- ・死亡診断書（写し）、死体検案書（写し）若しくは検視調書（写し）
- [埋葬料の場合]
- ・被保険者が死亡し、被扶養者以外の方が請求する場合、被保険者と請求者の続柄が確認できる被保険者除籍後の戸籍謄本等（写し）

[埋葬費の場合]

- ・埋葬に要した費用の領収書（写し）

<支給方法>

- ・振込は被保険者の公金受取口座もしくは健保組合へ登録されている口座になります。
- ・健保組合に口座が未登録の場合、【被保険者預金口座確認書】を提出してください。
- ・被保険者死亡による請求は振込先口座に記載してください。

(被保険者) 家族 埋葬料 (費) ・ 埋葬料 (費) 付加金請求書

被 保 険 者	記号	9999	番号	9999	枝番	00	事業所名	(株) 健保企画			
	フリガナ	ケンポ タロウ					【被保険者】 住 所 連絡先	〒 220-0004 電話 090-0000-0000			
	氏名	健保 太郎						横浜市西区北幸〇-〇〇-〇〇			
<input type="checkbox"/> 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。(希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください) <small>※公金受取口座はマイナポータル等で登録・変更できます。口座情報が取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。          ※被保険者死亡による請求の場合は公金受取口座への振込はできません。</small>											
死亡した方の氏名	健保 太郎					枝番	00	死亡年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
死亡の原因	すい臓癌					第三者行為によるものか	はい	いいえ			

◆被保険者死亡による請求の場合、下欄に請求される方の情報をご記入ください。

フリガナ	ケンポ ハナコ					住 所 連絡先	〒 220-0004 電話 080-0000-0000							
請求者氏名	健保 花子						横浜市西区北幸〇-〇〇-〇〇							
被保険者からみた請求者との身分関係						妻								
振 込 先 口 座	金融機関コード				金融機関名		口座種別	口座番号						
	9	9	9	9	〇〇銀行		普通	当座	9	9	9	9	9	9
	店番号				支 店 名		口座名義 (カナで記入)							
	0	0	0	△△支店		ケンポ ハナコ								
○埋葬費として請求する場合、続けて下欄も記入してください。														
埋葬年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用	円								
備考														

死亡した方の氏名	健保 太郎					<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
事 業 主 の 証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。										
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日										
	事業所所在地	横浜市西区南幸〇-〇〇-〇〇									
	事業所名称	(株) 健保企画									
	事業主氏名	健康 一郎									
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇										

- <添付書類>
- ・死亡診断書(写し)、死体検案書(写し)若しくは検視調書(写し)
  - [埋葬料の場合]
  - ・被保険者が死亡し、被扶養者以外の方が請求する場合、被保険者と請求者の続柄が確認できる被保険者除籍後の戸籍謄本等(写し)
  - [埋葬費の場合]
  - ・埋葬に要した費用の領収書(写し)
- <支給方法>
- ・振込は被保険者の公金受取口座もしくは健保組合へ登録されている口座になります。
  - ・健保組合に口座が未登録の場合、【被保険者預金口座確認書】を提出してください。
  - ・被保険者死亡による請求は振込先口座に記載してください。