

健康保険 埋葬料 付加金 請求書

家族埋葬料

◎記入するときは、「裏面の記載要領」をご覧ください。

請求者が記入するところ	①被保険者の 記号・番号		(記号)	(番号)	②被保険者が勤務していた又は勤務している 事業所の名称								
	被保険者の (請求者の) 氏名・印・住所・郵便番号		③氏名	フリガナ		④住所							
	⑤死亡した者の氏名及び 生年月日		氏名	死亡したのは被保険者ですか 被扶養者ですか。該当文字を ○で囲んで下さい。		被保険者 被扶養者							
			生年月日			明治 大正 昭和 平成	年	月	日				
	死亡した者との続柄 (請求者側から見た続柄)		⑥		埋葬した年月日	年	月	日					
	⑦死亡した 年月日		平成	年	月	日	埋葬に要した費用	円					
	⑧死亡した原因 (負傷は⑨へ)												
	⑨負傷原因(なるべく詳しく書いてください。)		負傷現場の見取図										
	いつ 年 月 日 午前 午後 時 分												
	どこで(場所)												
何の目的で													
何をしている時に													
どうなった													
⑩給付金の受領方法		希望するところに ○をつけて下さい	A 銀行振込		B 健保組合の窓口支払い		C 代理人に委任						
A, Cに○をつけた方は記入して下さい。 ※被保険者又は請求者の口座に 限ります。		フリガナ()		()		銀行 信用金庫		店番	支店				
Cに○をつけた方は記入して下さい。 ※請求者印は③欄 に押した印に限ります。		この給付金の受領を 住所		氏名		に委任します。		被保険者(請求者)氏名					
死亡した者の 氏名		死亡した 年月日		平成		年		月		日		死亡	
上記のとおり相違ないことを証明する。		平成		年		月		日					
事業所名称・所在地		事業主氏名印											
※領収書		¥ 年 月 日		左の金額を領収しました。		氏名				受付年月日			
備考													

※欄は記入しないで下さい。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)