健康保険　埋葬料
家族埋葬料　付加金　請求書

◎記入するときは、「裏面の記載要領」をご覧下さい。

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	〒　－ TEL　（　　）　－	
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	⑥ 埋葬した年月日	年　月　日	
	死亡した者との続柄（請求者側から見た続柄）			埋葬に要した費用	円
⑦死亡した年月日	平成　年　月　日		⑧死亡した原因（負傷は⑨へ）		

⑨負傷の発生状況

負傷原因（なるべく詳しく書いてください。）

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

負傷現場の見取図

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

〔普通〕 口座番号　　フリガナ（　　） 名義人氏名

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

⑪事業主が記入するところ

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

受付年月日

￥ ＿＿＿＿＿＿ **左の金額を領収しました。**

年　月　日

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

備考

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。）

※欄は記入しないで下さい。