

A 4縦で出力してください。

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

届書コード	処理区分	届書	処理区分	1. 埋葬料
3 0 6	1 2			2. 埋葬費

# 健康保険被保険者家族埋葬料(費)請求書

被保険者証の記号・番号	④ 生年月日	⑤被扶養者番号	⑦受取代理人	⑧ 受付年月日
① ② ③	1: 明大昭平 3: 大昭平 5: 昭平 7: 昭平		* 0: 無	* 年 月 日
⑨ 被保険者の(請求者)氏名と印	(フリガナ) キョウドウ タロウ 共同 太郎	⑦ 名称	株式会社	
⑪ 被保険者の(請求者)住所	⑩ 郵便番号	⑧ 所在地	県 市 町	
⑫ 死亡した年月日	平成 年 月 日	⑩ 死亡原因	心不全	
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の	⑭ 被扶養者氏名	⑮ 生年月日	⑯ 被保険者との続柄	妻
被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の	⑰ 被保険者氏名	⑱ 被保険者と請求者との身分関係	⑲ 被保険者の標準報酬月額	記入不要
老人保険法の医療を受けていたとき	⑲ 区市町村番号	⑳ 受給者番号	㉑ 発行機関名	
⑲ 法第69条の7被保険者として支給を受けたときは、その額(調整減額)	⑳ 調整減額コード	㉑ 海外表示表	㉒ 特別支給コード	(備考)
㉓ 資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の	⑳ 埋葬した年月日	㉔ 埋葬に要した費用の額		
㉕ 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の	㉖ 区 市 町 村 番 号	㉗ 受 給 者 番 号	㉘ 発 行 機 関 名	

① 死亡した者の氏名	共同 花子	② 死亡した者	被保険者 被扶養者	③ 死亡した年月日	年 月 日 死亡
④	うえのとおり相違ないことを証明します。				
⑤ 事業主	住所	県 市 町	氏名	株式会社	電話 ( ) 局 番

⑥ 支払金融機関	⑦ 支払区分	⑧ 預金種別	⑨ 口座名義	⑩ 本店/支店
⑪ 金融機関コード	⑫ 口座番号	⑬ 普通 ⑭ 当座 ⑮ 通知 ⑯ 別段	共同 太郎	銀行 金庫 農協
			キョウドウ タロウ	郵便局

受取代理人の欄	① 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	平成 年 月 日
代理人の氏名と印	住所	県 市 町
代理人の住所	氏名	共同 太郎
② 代理人の(フリガナ)	③ 委任者と代理人との関係	事業主
④ 代理人の郵便番号	⑤ 代理人の(フリガナ)	県 市 町
⑥ 代理人の住所コード		

社会保険労務士の提出代行印	共同印刷(株)の被保険者は給与に合算支給のため必ず記入する	⑦
---------------	-------------------------------	---

社会保険委員の点検済印

◎ ◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。  
◎ 「※」印欄は記入しないでください。

スタンプ印不可

共同印刷(株)の被保険者以外は記入してください。

受付日付印

送信