

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 3 : 昭平 5 : 昭平 7 : 昭平	※	※ 0 : 無 1 : 有	※ 年 月 日
⑨ 被保険者の(フリガナ) (請求者) 氏名と印				事業所の	⑦ 名称	
					① 所在地	
⑪ 被保険者の(請求者) 住所		⑩ 郵便番号	⑪ 住所コード	(フリガナ)		(電話番号)
⑫ 死亡した年月日		令和 年 月 日	⑬ 死亡原因	⑭ 第三者の行為によるものですか 0 : いいえ 1 : はい		
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 昭和 平成 年 月 日	⑯ 被保険者との続柄		
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 千円		
		⑲ 埋葬した年月日 平成 年 月 日	⑳ 埋葬に要した費用の額 円			
老人保険法の医療を受けていたとき		㉑ 区市町村番号	㉒ 受給者番号	㉓ 発行機関名		
⑳ 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) 円		㉔ 調整減額コード	㉕ 海外表示	㉖ 特別支給コード (備考)		
㉗ 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		被保険者名	被保険者名	記号番号		
㉘ 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		記号及び	番号			

① 死亡した者の氏名	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。 令和 年 月 日				
事業主が証明する欄		住所 氏名	⑤ 電話 (局) 番	

⑥ 支払区分	※ 1 : 振込	⑦ 預金種別	1 : 普通 2 : 当座 3 : 通知 4 : 別段	⑧ 銀行 金庫 農協	本店 支店
⑨ 金融機関コード	※	⑩ 口座番号	フリガナ	口座名義	

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。 令和 年 月 日		令和 年 月 日 提出
	被保険者(請求者) 住所 氏名	② 委任者と代理人との関係	受付日付印
	③ 代理人の(フリガナ) 氏名と印	④	
	⑤ 代理人の住所 郵便番号	⑥ (フリガナ)	送信
	⑦ 住所コード		

社会保険労務士の提出代行者印	⑧
----------------	---

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。