

常務理事		事務局長		担当	
------	--	------	--	----	--

届書コード	処理区分	届書	処理区分
3 0 6	1 2		

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

社会保険委員
の点検済印

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 3:大 5:昭 7:平	※	※	0:無 1:有	※
⑨被保険者の(フリガナ) 氏名		キョウドウ ハナコ		事業所の	⑦名称		
氏名		共同 花子			〇〇〇〇株式会社		
⑪被保険者の(請求者) 住所		⑩郵便番号	(フリガナ) △△ケン△△シ△△マチ		⑧所在地		
住 所		※	△△県△△市△△町△-△-△		〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇		
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
〇〇 〇〇 〇〇						心不全	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		⑮被扶養者氏名	昭和		平成	年	月
		氏名	令和		年	月	日
被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の		⑯被保険者氏名	⑰被保険者と請求者との身分関係		⑱被保険者の標準報酬月額		千円
		共同 太郎	妻		〇〇〇〇〇〇		※記入不要
⑭埋葬した年月日		令和	年	月	日	⑲埋葬に要した費用の額	円
〇〇 〇〇 〇〇						〇〇〇〇〇〇	円
老人保険法の医療を受けていたとき		㊸区市町村番号		㊹受給者番号		㊺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		㊻調整減額コード	㊼海外表示	㊽特別支給コード	(備考)
				※	0:国内 1:海外		
㊿資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の保険者名、記号番号		⑳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		保険者名		記号番号	

◎「※」印欄は記入しないでください。

㊾死亡した者の氏名	共同 太郎	㊿死亡した者	被保険者 被扶養者	㊿死亡した年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
㊿事業主が証明する欄	うえ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
事業主住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇				
事業主氏名	〇〇〇〇株式会社		電話 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		

⑳支払金融機関の欄	㊿支払区分	※	1:振込	㊿預金種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	㊿口座名義	銀行 金庫 農協	〇〇	〇〇	本店 支店
	㊿金融機関コード	※				フリガナ	共同 花子			
	㊿口座番号	※	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				キョウドウ ハナコ			

受取代理人の欄	㊿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	提出
	被保険者住所(請求者) 氏名							受付日付印
	㊿代理人の氏名と印	(フリガナ)	㊿委任者と代理人との関係					
代理人住所	㊿郵便番号	—	(フリガナ)	送信				
	㊿住所コード	※						

社会保険労務士の提出
代行者印