

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

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: 明大昭平 3: 大昭平 5: 昭平 7: 平		* 0: 無	* 年 月 日
⑨ 被保険者の(フリガナ) キョウドウ ハナコ 請求者 氏名と印	事業所の(フリガナ) ケン シ マチ	⑦ 名称 株式会社		
⑪ 被保険者の(請求者) 住居	⑩ 郵便番号	① 所在地 県市町	(電話番号)	
⑫ 死亡した年月日	⑭ 死亡原因 心不全	⑬ 第三者の行為によるものですか ①: 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	④ 被扶養者氏名 共同 太郎	⑥ 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日	② 被保険者との続柄 妻	⑦ 被保険者の標準報酬月額 記入不要 千円
被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の	④ 被保険者氏名 共同 太郎	⑦ 被保険者と請求者との身分関係 妻	⑧ 被保険者の標準報酬月額	⑨ 埋葬した年月日
老人保険法の医療を受けていたとき	⑩ 区市町村番号	⑪ 受給者番号	⑫ 発行機関名	
⑬ 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)	⑭ 調整減額コード	⑮ 海外表示表	⑯ 特別支給コード	(備考)
⑰ 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	⑱ 埋葬に要した費用の額	⑲ 保険者名	⑳ 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		㉑ 保険者名	㉒ 記号番号	

スタンプ印不可

◎ 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。

① 死亡した者の氏名 共同 太郎	② 死亡した者 被保険者	③ 死亡した年月日 平成 年 月 日
④ うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日		
事業主住所 県市町	事業主氏名 株式会社	⑤ 電話 () 局 番

⑥ 支払区分	⑦ 預金種別	⑧ 口座名義 共同 花子
①: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	①: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	銀行 金庫 農協 本店 支店
⑨ 金融機関コード	⑩ 口座番号	キョウドウ ハナコ 郵便局

⑪ 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 提出
被保険者住所氏名	受付日付印
⑫ 代理人の(フリガナ) 氏名と印	⑬ 委任者と代理人との関係
代理人住所	⑭ 郵便番号
⑮ 住所コード	⑯ (フリガナ)

社会保険労務士の提出代行者印