

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: 昭平 5: 昭平 7: 昭平	※ 0: 無	送	※ 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	
⑬ 死亡した年月日	平成 年 月 日	⑪ 死亡原因	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	⑭ 被扶養者氏名	⑮ 出生年月日	⑯ 被保険者との続柄	妻
被扶養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	⑳ 区市町村番号	㉑ 受給者番号	㉒ 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)	㉓ 調整減額コード	㉔ 海外表	㉕ 特別支給コード	(備考)
㉖ 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	㉗ 埋葬した年月日	㉘ 埋葬に要した費用の額	千円	
㉙ 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	㉚ 区市町村番号	㉛ 受給者番号	㉜ 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	平成 年 月 日
④	うえのとおり相違ないことを証明します。				
⑤ 住所	県 市 町				
⑥ 氏名	株式会社				
⑦	電話 () 局 番				

⑧ 支払区分	⑨ 預金種別	⑩ 口座名義	⑪ 本店
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	共同 太郎	支店
⑫ 金融機関コード	⑬ 口座番号	キョウドウ タロウ	郵便局

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
被保険者(請求者)住所	県 市 町
被保険者(請求者)氏名	共同 太郎
② 代理人の氏名と印	(フリガナ) カブシキガイシャ 株式会社
③ 委任者と代理人との関係	事業主
代理人の住所	④ 郵便番号
⑤ 住所コード	(フリガナ) ケン シ マチ 県 市 町

社会保険労務士の提出代行者印	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
----------------	-------------------------------

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