

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	※	※	※
⑨被保険者の(フリガナ) キョウドウ タロウ		事業所の ⑦名称		〇〇〇〇株式会社		
氏名 共同 太郎		⑧所在地		〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇		
⑩被保険者の(フリガナ) △△ケン△△シ△△マチ		⑩郵便番号		(電話番号)		
住所		⑪住所コード		〇〇 (〇〇〇〇)〇〇〇〇		
⑫死亡した年月日		⑬死亡原因		⑬第三者の行為によるものですか		
令和 〇〇 〇〇 〇〇		心不全		〇: 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日		⑯被保険者との続柄
		共同 花子		昭和 令和		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
		⑳埋葬した年月日		㉑埋葬に要した費用の額		千円
		平成 年 月 日		円		円
老人保険法の医療を受けていたとき		㉒区市町村番号		㉓受給者番号		㉔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)		㉕調整減額コード		㉖海外表示		㉗特別支給コード
		※		0:国内 1:海外		(備考)
㉘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		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		保険者名		記号番号

◎「※」印欄は記入しないでください。

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	〇〇年 〇〇月 〇〇日死亡
④	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
⑤	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇			
⑥	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

⑦支払金融機関の欄	⑧支払区分	⑨預金種別	⑩口座番号	⑪口座名義	⑫フリガナ
	※ 1:振込	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	〇〇〇〇〇〇〇〇	銀行 金庫 農協	共同 太郎
	⑬金融機関コード				キョウドウ タロウ
	⑭本店支店				

受取代理人の欄	⑮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
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	被保険者住所	△△県△△市△△町△-△-△	
	代理人(請求者)氏名	共同 太郎	
	⑯代理人の氏名と印	⑰委任者と代理人との関係	
	(フリガナ) 〇〇〇〇カブシキガイシャ	事業主	
	〇〇〇〇株式会社		
	⑱郵便番号	⑲住所コード	送信
	〇〇〇 - 〇〇〇〇	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇	

社会保険労務士の提出
代行者印