支払 支給	決　　議　　書				金額	円
常務理事	事務長	総務課長	課長補佐	係　員	期間	年　月　日 年　月　日　日間
					備考	
年　月　日　決裁					年　月　日　執行	

健康保険　**被保険者 家族**

埋葬料(費)・埋葬付加金請求書

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号		生年月日	被扶養者番号	受取代理人	受付年月日
※		年　月　日	※	※ 0:無 1:有	※　年　月　日

被保険者の(請求者)氏名	(フリガナ)	事業所の	名称	
			所在地	

被保険者の(請求者)住所	郵便番号	〒	(フリガナ)	(電話番号)
	住所コード	※		(　　)

死亡した年月日	年　月　日	死亡原因		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、その方の	被扶養者		生年月日	年　月　日	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、その方の	被保険者氏名		被保険者と請求者との身分関係		被保険者の標準報酬月額	千円
	埋葬した年月日	年　月　日	埋葬に要した費用の額	円 ※　円		

老人保健法の医療を受けていたとき	区市町村番号	受給者番号	発行機関名
介護保険法のサービスを受けていたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称

法第3条第2項被保険者として支給を受けたときは、その額(調整減額)	円	※	調整減額コード	海外表示 0：国内 1：海外	特別支給コード	(備考)

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、記号および番号	保険者名	記号番号

事業主が証明する欄

死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者 被扶養者	死亡した年月日	平成　年　月　日　死亡

うえのとおり相違ないことを証明します。　　年　月　日

事業主　住所 〒

氏名

電話　(　局)　番

支払方法	支払金融機関の欄	支払区分	金融機関(ゆうちょ銀行を含む)	金融機関コード	支店コード	預金種別	1.普通 2.当座 3.貯蓄	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所
口座振込				口座番号(右づめで記入)				口座名義	(フリガナ)

受取代理人の欄

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委託します。

年　月　日

被保険者(請求者)　住所

氏名

代理人の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	委任者と代理人との関係

代理人の住所	郵便番号	〒	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
	住民コード	※	

年　月　日提出

受付日付印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーより申請する場合は備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)