

支出 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	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。

被保険者証の記号・番号		④ 生 年 月 日		⑤ 被扶養者番	⑦ 受 取 代 理 人	⑧ 受 付 年 月 日	
① ※	②	③	年 月 日	※	※ 0: 無 1: 有	※	年 月 日
⑨ 被保険者の(請求者)氏名		(フリガナ)		⑦ 名 称	⑧ 受 付 年 月 日		
⑩ 被保険者の(請求者)住所		⑩ 郵便番号	(フリガナ)		④ 所在地	(電話番号)	
⑪ 住所コード		※			()		
⑫ 死亡した年月日		年 月 日	⑬ 死亡原因	⑭ 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		⑮ 被扶養者氏名	⑯ 生年月日	年 月 日	⑰ 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		⑰ 被保険者氏名	⑱ 被保険者との身分関係	⑲ 被保険者の標準報酬月額	千円		
⑲ 埋葬した年月日		年 月 日	⑲ 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		⑳ 区市町村番号	㉑ 受給者番号	㉒ 発行機関名			
介護保険法のサービスを受けていたとき		㉓ 保険者番号	㉔ 被保険者番号	㉕ 保険者名称			
⑳ 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	㉖ 調整減額コード	㉗ 海外表示	㉘ 特別支給コード	(備考)	
㉖			※	0: 国内 1: 海外			
㉙ 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		被保険者名、記号および番号	㉚ 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		被保険者名	記号番号	

事業主が証明する欄	㉛ 死亡した者の氏名	㉜ 死亡した者	被保険者 被扶養者	㉝ 死亡した年月日	年 月 日 死亡
	㉞ 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	⑳ 支払金融機関の欄	㉑ 金融機関コード	支店コード	㉒ 預金種別	1. 普通	⑳ 銀行	本店
					2. 当座	金庫	支店
口座振込	㉓ 金融機関	㉔ 口座番号(右づめで記入)	支店コード	㉕ 預金種別	3. 貯蓄	信組	出張所
					口座名義		(フリガナ)

受取代理人の欄	㉞ 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。		年 月 日 提出
	被保険者住所(請求者)氏名		年 月 日
	㉟ 代理人の氏名	(フリガナ)	㊱ 委任者と代理人との関係
	代理人住所	㊲ 郵便番号	(フリガナ)
	㊳ 住所コード	※	送信

受付日付印