

健保組合 使用欄	支給決議			支払年月日	令和 年 月 日	シーケンスNO.	
	常務理事	事務長	担当者	法定 支給 円		取得 喪失	昭和・平成・令和 年 月 日
				付加 付給 円		支給 金額	令和 年 月 日

## 健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・付加金 請求書

※書類経路：被保険者（請求者）↓事業所担当部署（事業主証明）↓健保組合

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	記号・番号		生年月日		被保険者 (請求者) の氏名		(フリガナ)				
	1	1	昭和 平成	年	月	日					
	被保険者 (請求者) の住所		〒 - Tel ( ) -								
	死亡した年月日		令和	年	月	日	死亡原因		第三者の行為によるものですか		
			はい・いいえ								
	被扶養者が死亡した ための請求である ときは、その者の		被扶養者 氏名		生年月日		昭和 平成 令和	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 であるときに		被保険者 氏名		被保険者と請求者との 身分関係						
			埋葬した 年月日		令和	年	月	日	埋葬に要した費用の額		円
			右の欄は、被保険者が 退職後に死亡したときに 記入してください		死亡した方は、健康保険等の被扶養者になっていましたか						
			1.いた		扶養していた方の氏名 _____					2.いない	
		健康保険の記号番号									
振込希望 口座		預金種別	普通 ・ 当座	金融機関名 (ゆうちょ銀行 を含む)		銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所			
		口座番号		口座名義		(カタカナで記入)					
受取代理人 の欄		本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。									
		令和 年 月 日			被保険者 (請求者) 住所 氏名						
		代理人 の氏名		(フリガナ)		代理人 の住所		(フリガナ)			
						〒 - Tel ( ) -					
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	令和	年	月	日	死亡	
	上記のとおり相違ないことを証明します。										
		令和 年 月 日			住所						
		事業主			氏名						
		Tel ( ) -									

マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。

令和 年 月 日 提出

交付日付印

	請求者	添付書類
被保険者の死亡	被扶養者・同居家族	なし
	別居家族や親族以外の方	葬儀の「領収書」「領収書の明細」(原本) (領収書氏名はフルネームで記載されたもの)
被扶養者の死亡	被保険者	なし

※任意継続被保険者(被扶養者)が亡くなった場合は「死亡診断書」「埋葬許可証」「火葬許可証」いずれかのコピーも添付してください。