

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 給付	円	資格 取得	昭和・平成・令和 年 月 日
				付加 給付	円	喪失	令和 年 月 日
						支給 金額	

記入例 **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 と こ ろ	被保険者証の記号		被保険者	年 月 日	被保険者 (請求者) の氏名		(フリガナ) ケンポ ハナコ	請求者
	1 1 0 1 - 1 2 3 4	昭和	年 月 日	2 5 1 1 0 1	健保 花子			
	被保険者 (請求者) の住所	〒 466 - 8686		Tel () -		愛知県安城市里町1-1		請求者
	死亡した年月日	令和	0 6 0 3 3 1	死亡原因	肺炎		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	健保 太郎		被保険者と請求者との 身分関係		妻		
	埋葬した 年月日	令和	0 6 0 4 0 7	埋葬に要した費用の額		1,230,000 円		
	火葬した日		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 _____) 健康保険の記号番号 _____ 2.いない					
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)	愛知		銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	
	口座番号	0 1 2 3 4 5 6		口座名義	(カタカナで記入) ケンポ ハナコ		請求者	
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 住所 (請求者) 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	健保 太郎		死亡した者 被扶養者	死亡した 年月日	令和 6 年 3 月 3 1 日死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 6 年 5 月 2 0 日							
	事業主		住所	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 6 年 5 月 20 日提出

受付日付印

	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。(2024.7.1)