決定年月日	年　月　日	
支給年月日	年　月　日	
支　給　額	円	
内訳	埋葬料	円
	埋葬費	円

理事長	専務理事	常務理事			
資格取得(認定)日	年　月　日				
資格喪失日	年　月　日				

健康保険　被保険者・家族　埋葬料(費)請求書

記号		番号		被保険者名	
生年月日	昭和・平成　年　月　日	備考			
住所	〒　－			電話番号	(　　)　―

【申請内容】

死亡した方の死亡年月日	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	**「はい」の場合は、第三者行為に関する別途書類の提出が必要です。健康保険組合へご連絡下さい。**	

● 被保険者が死亡したための申請の場合

請求者名	㊞	被保険者と請求者の続柄		**被扶養者以外の方が請求する場合は別途添付書類が必要です。下欄をご確認ください**		
振込先口座及び名義	銀行・金庫・信組・農協・漁協・その他(　　)			本店・支店・出張所・本所・支所		
	口座名義	(フリガナ) (氏名)	口座種別	普通　・　他(　　)	口座番号	
※　当健保加入の被扶養者以外の方が被保険者の埋葬を行った場合は以下も記入下さい。						
埋葬年月日	令和　年　月　日	埋葬に要した費用	円	**埋葬に要した費用の写しを添付下さい。**		
住所	〒　－			電話番号	(　　)　―	

● 被扶養者が死亡したための申請の場合　(死亡診断書又は火葬証明書の写しを添付下さい)

ご家族の氏名		生年月日	昭和　・　平成　・　令和　年　月　日	続柄	

【事業主証明欄】

死亡した方の氏名		被保険者・被扶養者の別	被保険者・被扶養者	死亡した方の死亡年月日	令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

※　マイナンバーで申請する場合は、備考欄に記入下さい。(記号番号を記入した場合は不要です)

※　被扶養者以外の方が申請する際は以下の書類を添付下さい。

- 被保険者との関係がわかる公的書類の写
- 埋葬に要した費用の写し
- 死亡診断書又は火葬証明書の写し

受付印