

健康保険

被保険者
家族

埋葬料（費）請求書

提出日 令和 年 月 日

※下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。（任意継続・特例退職は除く）

請求者	被保険者証	記号	事業所名称
		番号	所属
記入	請求者氏名	① <small>被保険者が自ら記入(自書)する場合には押印は不要です。</small>	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
	請求者住所	〒 -	被保険者との続柄
する	死亡原因(病名)		死亡した年月日 令和 年 月 日
	※1 第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	被保険者と請求者の生計維持関係の有無 有 / 無
ところ	被扶養者が死亡した時	被扶養者(家族)氏名 [続柄]	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
	被保険者が死亡した時	被保険者氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
		※2 埋葬した年月日 令和 年 月 日	※2 埋葬に要した費用の額 円
※3 備考			

※1 死亡理由が第三者行為によるものである場合は、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要となります。

※2 「埋葬した年月日」欄及び「埋葬に要した費用の額」欄は埋葬費の請求を行う場合のみご記入ください。埋葬費とは、埋葬を行う生計維持関係のある方がいない場合において、実際に埋葬を行った方に対し支払われるものです。

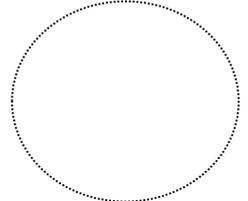
※3 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお、被保険者証の記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認を行いますので、個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上)を申請者が健保に直接持参してください。

証 明 業 主 が と こ ろ	死亡した者の氏名	死亡年月日	平成 令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 事業所の所在地 事業所の名称 事業主の氏名		

	課長	係長	係
所 属			

資格関係
資格喪失日
(年 月 日喪失)
法第105条該当

受付印



◆添付書類

死亡した者	請求者	添付書類
被扶養者	被保険者	1. 「死亡診断書」または「火葬・埋葬許可証」の写し
被保険者	被扶養者	1. 「死亡診断書」または「火葬・埋葬許可証」の写し
	被扶養者でなく 生計維持関係あり	1. 「死亡診断書」または「火葬・埋葬許可証」の写し 2. 被保険者との続柄を証明する書類の原本（戸籍謄本等の原本）
	被扶養者でなく 生計維持関係なし	1. 「死亡診断書」または「火葬・埋葬許可証」の写し 2. 請求者の身分を証明する書類（住民票の原本） 3. 葬儀に要した費用の領収証の原本（埋葬費請求者の名義であること）

○その他、別途必要な書類を提出いただく場合があります。