受付年月日	年　月　日
伺年月日	年　月　日
決裁年月日	年　月　日

支給支払決議書			
資格取得	年　月　日		
資格喪失	年　月　日		
支払年月日	年　月　日		

支給額		円
支給内訳	埋葬料	円
	埋葬料付加金	円
	埋葬費	円
	埋葬費付加金	円

被保険者 家族 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

① 被保険者証の記号・番号	第　号	② 被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の	(ア) 名称		
			(イ) 所在地	〒	
③ 死亡した年月日	年　月　日	④ 死亡原因		⑤ 第三者の行為によるものですか	はい・いいえ
⑥ 被保険者が死亡したときの請求であるときはその者の	(ア) 氏名		(イ) 埋葬した年月日	年　月　日	(ウ) 埋葬に要した費用　金　円
	(エ) 被保険者の(最後)の標準報酬月額	千円	(オ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係		
⑦ 被扶養者が死亡したときの請求であるときはその者の	(ア) 氏名		(イ) 生年月日	昭・平　年　月　日	(ウ) 被保険者との続柄
⑧ 備考					
⑨ 振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組　店・本店 支店・出張所				
	普通 当座　口座番号		フリガナ 口座名義		

上記のとおり請求します。　年　月　日

請求者の ⑩住所 〒

⑪氏名　⑫印

健康保険組合理事長　殿

⑬ 委任状	私は　を代理人と定め、次の権限を委任する。			
	年　月　日請求した 被保険者 家族 埋葬料(費)・被保険者 家族 埋葬料(費)付加金			
	のうち金　円也の受領に関すること。		年　月　日	
	請求者の	⑭住所 〒		⑯
		⑮氏名		印
	代理人の	⑰住所 〒		⑲
		⑱氏名		印
	(委任者と代理人との関係　)			
⑳ 振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組　店・本店 支店・出張所			
	普通 当座　口座番号		フリガナ 口座名義	

㉑ 領収書	金　円也但し		
	うえの金額を領収いたしました。		年　月　日
	健康保険組合理事長　殿		
	受領者	㉒住所 〒	㉔
		㉓氏名	印

事業主の証明	㉕ 死亡した者の氏名		㉖ 死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年　月　日　死亡		
	うえのとおり相違ないことを証明します。			年　月　日
	事業主	㉗住所 〒		㉙
		㉘氏名		印

（注意事項）

ア、標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字を○で囲んでください。

イ、①欄は、健康保険の被保険者証を、⑥の(エ)欄は事業主から交付された死亡当時の「賃金支払内訳票」などを見て記載してください。

ウ、被保険者が死亡したための請求であるときは、⑦の(ア)と(イ)と(ウ)の各欄に、また被扶養者が死亡したための請求であるときは、⑥の(ア)から(オ)までの各欄に「該当せず」とし、その他の欄は洩れなく記載してください。

エ、⑥の(イ)と(ウ)の欄は、死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行う者が請求する場合に限り「該当せず」とし、その他の者が請求する場合(この場合は標題の「料」の文字を抹消してください。)は必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること。)を添えてください。なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

オ、⑧欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときには、その資格喪失年月日を、また死亡のときか死亡の日の3ケ月前まで健康保険で療養を受けていたときには、その傷病名と健康保険による療養の開始日などを記載してください。

カ、⑨欄は請求者が直接受領するときに、振込希望の金融機関名を記載してください。

キ、⑫欄は請求者本人が署名した場合は、押印不要です。

ク、⑳欄は、委任により代理受領するときに、代理人の振込希望の金融機関名を記入してください。

ケ、㉑欄は、直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。

コ、死亡が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病(死)届」を作成して、この請求書に添付してください。

(添付書類)

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可証もしくは火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書もしくは検視調書の写のいずれかを添付してください。