健康保険　被保険者・家族　埋葬料（費）・付加金請求書

被保険者（請求者）が記入するところ

被保険者証の記号番号	記号 ○○ 番号 ○○○○○	被保険者資格取得日	平成・令和 ○○年○○月○○日
被保険者資格喪失日（喪失後の場合）	平成・令和　年　月　日		
被保険者（請求者）氏名と印	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ　タロウ 健保　太郎　㊞ 被保険者（請求者）本人が自ら署名する場合は、押印省略可能	被保険者（請求者）住所	〒000-0000 ○○県○○市○○町１－２－３ ○○マンション△△号室 電話 00（1234）5678
生年月日	昭和・平成 ○○年○○月○○日		
事業所名及び電話	EY○○○○○○　電話 00（4321）8765	社員・職員コード	○○○○

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（事業所経由で提出する場合は ☑ ）

死亡した年月日	平成・令和 ○○年○○月○○日	死亡原因	心筋梗塞
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、被扶養者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ　イチロウ 健保　一郎	被保険者との続柄	父
生年月日	昭和・平成・令和 ○○年○○月○○日		
被保険者が死亡したための請求であるときは、被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	被保険者と請求者との身分関係	
生年月日	昭和・平成　年　月　日		
生計維持されていなかった者が請求する場合	埋葬した年月日 平成・令和　年　月　日	埋葬に要した費用	円

（備考）

振込先指定口座

○○○○	銀行・金庫・信組・農協	金融機関コード 1234	△△△ 本店・支店
支店番号	567		
預金種別	普通・当座	口座番号	0987654 右づめでご記入ください
名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ）	ケンポ　タロウ 健保　太郎	口座名義の区分	該当するところに○を記入 ・被保険者（請求者）・代理人

令和　○○年○○月○○日提出

受付日付印

※被保険者(請求者)以外の口座に振込希望の場合は、被保険者・代理人それぞれに記入・捺印が必要 **(押印省略不可)**

受取代理人の欄

被保険者（請求者）	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します 住所　「被保険者（請求者）」が記入するところと同じ　令和　年　月　日 氏名　㊞
代理人（口座名義人）	〒　TEL 住所 ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名　㊞ 委任者と代理人との関係

事業主の証明する欄

死亡した方の氏名		死亡した方	被保険者・被扶養者	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します。　令和　年　月　日

事業主　所在地
名　称
氏　名　㊞
電　話

※事業主が証明するところ

■添付書類

① 死亡についての事業主の証明欄の記入、又は、火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか１つの写しを添付してください。

② 被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の者による請求の場合は、**亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本（戸籍謄本、住民票等）を添付**してください。

③ 被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は「埋葬に要した費用」の記入と埋葬に要した費用の「領収書」原本（内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの）を添付してください。

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります

被保険者のマイナンバー記載欄