

自署の場合、捺印不要

届書コード	処理区分	届書	1. 埋葬料 2. 埋葬費
3 0 6	1 2		

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

社会保険委員の点検済印

被保険者証の記号・番号	④ 生年月日	⑤ 被扶養者番号	⑦ 受取代理人	⑧ 受付年月日
99 1000 5:昭 7:平 48 7 10			0:無 1:有	
⑨ 被保険者の(請求者)氏名と印 ケンボ タロウ 健保 太郎	⑦ 名称 〇〇〇株式会社	⑦ 所在地 東京都品川区大崎〇-〇-〇		
⑩ 被保険者の(請求者)住所 〒141-0032 東京都品川区大崎〇-〇-〇	⑪ 郵便番号	⑪ 住所	(電話番号) 03 (547)〇〇〇〇	
⑫ 死亡した年月日 平成 27 年 4 月 24 日	⑬ 死亡原因 胃がん	⑬ 第三者の行為によるものですか 0:いいえ 1:はい		
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の	⑭ 被扶養者名 健保 八郎	⑮ 生年月日 昭和 23 年 7 月 10 日	⑯ 被保険者との続柄 父	
被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の	⑰ 被保険者名 該当せず	⑱ 被保険者と請求者との身分関係 該当せず	⑲ 被保険者の標準報酬月額 該当せず	千円
老人保険法の医療を受けていたとき	⑲ 埋葬した年月日 平成 27 年 4 月 26 日	⑳ 埋葬に要した費用の額		
⑲ 区市町村番号	㉑ 受給者番号	㉒ 発行機関名		
⑲ 法第69条の7被保険者として支給を受けたときは、その額(調整減額)	㉓ 調整減額コード	㉔ 海外表示	㉕ 特別支給コード	(備考)
⑲ 資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の記号及び	⑲ 保険者名	⑲ 記号番号		
⑲ 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の番号				

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
※ 印欄は記入しないでください。

埋葬費の場合、必ず記入

被保険者が資格喪失後3カ月以内に死亡した場合、記入

事業主記入欄

⑲ 死亡した者の氏名	⑲ 死亡した者	被保険者	⑲ 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。			平成 年 月 日	
事業主 住所下				
氏名		⑲ 電話(局)番		

⑲ 支払区分	⑲ 預金種別	⑲ 口座番号
1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
⑲ 金融機関コード	⑲ 銀行	⑲ 支店
	〇〇〇 金庫農協	大崎 本店
⑲ 口座名義	ケンボ タロウ	
	郵便局	

⑲ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	平成 年 月 日提出
被保険者住所氏名	⑲ 受付日付印
⑲ 代理人の氏名と印	⑲ 委任者と代理人との関係
⑲ 代理人の住所	⑲ 郵便番号
	⑲ 住所コード

被保険者記入欄 (忘れずに記入してください)

社会保険労務士の提出	⑲ 代行者印
------------	--------