

受付印

埋葬料(費)・付加給付請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号番号	記号 番号	②事業所の名称												
	③被保険者(請求者)の氏名と印	(フリガナ)					④生年月日	和暦 年 月 日							
	⑤被保険者(請求者)の住所	(フリガナ) 〒 -					⑥電話番号								
	⑦死亡した年月日	和暦 年 月 日					⑧死亡原因	⑨第三者行為によるものですか					1. はい 2. いいえ		
	⑩被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	被扶養者氏名					生年月日	和暦 年 月 日				被保険者との続柄			
		被扶養者認定後3ヶ月以内に死亡した場合で、以前は被保険者であった場合、その当時の被保険者証の													
		保険者名					記号・番号								
	⑪被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	被保険者氏名					生年月日	和暦 年 月 日							
		請求者が健康保険の被扶養者以外または同居人以外が請求する場合は													
		埋葬した年月日	和暦 年 月 日				埋葬に要した費用の額						円		
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は口にチェック、利用しない場合は下記口座欄を記入してください) ※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。 ※受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。															
⑫払渡希望の銀行	銀行					預金種別	口座番号								
	信用金庫					支店	普通・当座	名義人(カタカナ)							
※ 被保険者(請求者)と別の方の口座に振込を希望される場合は、次の⑬または⑭のいずれかを必ず記入してください。															
⑬この給付金を代理人が受け取ることに同意します。			被保険者(請求者)の氏名と印					㊞							
⑭受取代理人(口座名義人)または、代理人が受け取ることを被保険者に対して説明を行った者の			氏名						被保険者(請求者)との関係						
			住所												
			受取代理人等の個人番号(マイナンバー)												
事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	被保険者と被扶養者の別		1. 被保険者 2. 被扶養者		死亡した年月日	和暦 年 月 日				死亡原因				
	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				住所											
電話 ()						氏名									

◎ 被保険者が死亡した場合であって、被扶養者以外の方が請求者となる場合は、同居していたことの確認ができる住民票を添付してください。
 なお、被扶養者も同居人もいない場合は、実際に※埋葬に要した費用を負担した方が請求者になり、その場合は、埋葬に関する領収書とその内訳がわかる明細のそれぞれ原本を添付してください。

※埋葬に要した費用については、霊柩代・火葬料・僧侶の謝礼、祭壇料など、飲食費用を除く葬祭料も含まれます。