

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

# 健康保険被保険者家族埋葬料(費)請求書

◎ 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。

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			
①	②	③	1:明	年	月	日	*	* 0:無	送	*	年	月	日
*			3:大					1:有	信				
⑨ 被保険者の(請求者)氏名と印			(フリガナ)			⑦ 名称							
被保険者の(請求者)住所			⑩ 郵便番号			⑪ 住所			④ 所在地 (電話番号)				
⑫ 死亡した年月日			平成 年 月 日			⑬ 死亡原因		⑭ 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、その方の			① 被扶養者氏名			④ 生年月日		年 月 日		⑦ 被保険者との続柄			
被保険者が死亡したための請求であるときは、その方の			④ 被保険者氏名			⑦ 被保険者と請求者との身分関係		⑦ 被保険者の標準報酬月額		千円			
⑭ 埋葬した年月日			平成 年 月 日			⑮ 埋葬に要した費用の額		円					
老人保健法の医療を受けていたとき			① 区市町村番号			⑦ 受給者番号		② 発行機関名					
介護保険法のサービスを受けていたとき			② 保険者番号			⑤ 被保険者番号		⑦ 保険者名称					
⑯ 法第3条第2項被保険者として支給を受けたときは、その額(調整減額)			円			⑰ 調整減額コード		⑱ 海外表示		⑲ 特別支給コード (備考)			
④ 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			保険者名、記号および番号			④ 被保険者名		④ 記号番号					
⑦ 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			保険者名、記号および番号			④ 被保険者名		④ 記号番号					

事業主が証明する欄	① 死亡した者の氏名	⑦ 死亡した者	被保険者被扶養者	⑩ 死亡した年月日	平成 年 月 日	死亡
	① うえのとおり相違ないことを証明します。			平成 年 月 日		
	住所	事業主氏名	⑭ 電話(局)	番		

支払金融機関の欄	⑳ 支払区分	* 1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	㉑ 預金種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	㉒ 銀行金庫農協	本店 支店
	㉓ 金融機関コード	*			口座名義	
	㉔ 口座番号					郵便局

受取代理人の欄	㉕ 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(請求者)氏名					受付日付印
	㉖ 代理人の氏名と印					㉗ 委任者と代理人との関係
	代理人住所	㉘ 郵便番号	+	(フリガナ)	㉙ 住所コード	送信

社会保険労務士の提出代行者印	㉚
----------------	---