

支給額									支給日	令和 年 月 日	取得	年 月 日
											喪失	年 月 日

健康保険 被保険者
被扶養者

埋葬料（費）請求書

◎申請には必要な書類を添付して申請してください。

請求者が記入するところ	①健康保険被保険者証の記号・番号	記号	②被保険者(請求者)の氏名	フリガナ				③ 生 年 月 日	
		番号						昭和・平成 年 月 日	
	④被保険者(請求者)の現住所	フリガナ				⑤電話番号	()		
		〒							
	⑥事業所の	名 称	所属部署 TEL ()						
		所在地							
	⑦被扶養者が死亡した為の請求であるときはその	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者との続柄		
	⑧死亡した年月日	令和 年 月 日		⑨死亡した原因			第三者の行為によるものですか		
		はい ・ いいえ							
⑩被保険者が死亡したための請求であるときはその	(a) 被保険者氏名		(b) 被保険者からみた申請者との身分関係						
	(c) 埋葬した日	令和 年 月 日	(d) 埋葬に要した費用の額						

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者被扶養者	死亡年月日	令和 年 月 日
	うえ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 代表者					

支払希望金融機関	銀行 信金 信組	本店 支店 出張所	普通 NO 当座	名義人	フリガナ
----------	----------------	-----------------	----------------	-----	------

受領代理人の欄	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。 令和 年 月 日			
	住所			
	被保険者(請求者) 氏名			
	代理人の氏名	フリガナ	委任人者と代理人との関係	
代理人の現住所	フリガナ 〒			

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

