

請求上及び記入上の注意

① 家族埋葬料は、健康保険法上の被扶養者が死亡した場合に給付されます。
② 死亡に関する医師、若しくは市町村長の証明は、請求書への記載にかえて、市町村長の埋（火）葬許可証の写し死亡診断書等又は事業主の証明でもかまいません。
③ 死亡が第三者の行為によるものであるときは、その具体的状況を⑩備考欄に記入するとともに、所定の「第三者の行為による死亡届」を提出して下さい。
また、死亡の原因が病死、自然死以外の場合にもその原因を⑩備考欄に具体的に記入して下さい。

支給決議書	同年月日	令和	年	月	日	支給額	法	付	事務理事	事務長	担当者
	資格	取得	年	月	日						
	被扶養者資格	有 ・ 無					該当条文		法第113条 規約第58条		
	備考										

健康保険 家族（被扶養者）埋葬料請求書

① 被保険者の氏名と印	② 住所		〒			
③ 健康保険被保険者証の記号	④ 事業所名称	電話番号 () - () - ()				
③ 健康保険被保険者証の番号						
⑤ 死亡した者の氏名 生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	⑥ 被保険者の続柄	
⑦ 死亡した年月日	令和	年	月	日	⑧ 死亡の原因	
⑨ 死亡が第三者によるものであるときは、その事実、第三者の住所、氏名（住所、氏名が不詳であるときはその旨）						
⑩ 老人保健法による医療を受けたときは、医療受給者証の市町村番号及び受給者番号並びに発行機関名	市町村番号	受給者番号	発行機関名			
⑪ 備考						

死亡証明欄	⑫ 死亡者の氏名	⑬ 性別	男 ・ 女	⑭ 年齢	歳		
	⑮ 死亡年月日	令和	年	月	日	⑯ 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 証明者 事業主 住所 医師 職名及び氏名 市町村長						

受領委任の欄	(注)この欄は、この給付金を受け取をだれかに(被保険者以外に)委任するときだけ記入して下さい。	
	本請求に基づく給付金の受領を	
	住所 (又は事業所名称及び所在地)	
	氏名	に委任します。
被保険者氏名(委任者)		

受付印

振込依頼欄	振込希望金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店
	預金の種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	預金の名義人の氏名	刃刃