

請求上及び記入上の注意

① 請求者が、死亡した人の配偶者等であり、故人によって生計を維持していたが故人の健康保険上の被扶養者となっていない場合は、裏面の⑮欄に、第三者（社会保険委員、事業主、民生委員、町内会長など）から証明を受ける下さい。
② 請求者が被保険者、事業主、民生委員、町内会長などから証明を受ける下さい。
③ 死亡が第三者の行為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）を証明し、死亡診断書等の写しでもかまいません。
④ 死亡が第三者の行為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）を証明し、死亡診断書等の写しでもかまいません。
また、死亡が病死、自然死以外の場合にもその原因を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	常務理事	事務長	担当者	
	資格	取得	年	月	日							
		喪失	年	月	日							
	標準報酬月額	千円										
	請求者の被扶養者としての資格	有 ・ 無										
該当条文	法第100条第1項 法第100条第2項 法第105条		規約 第53条 規約 第57条									

健康保険 被保険者埋葬料（費）請求書

請求者の記入欄	① 請求者	氏名				② 死亡した被保険者との続柄			
		住所	〒						
	③ 健康保険被保険者の証の記号	記号				④ 死亡した被保険者の氏名	明・大・昭・平 年 月 日		
	番号	番号							
	⑤ 事業所名称				⑥ 死亡した被保険者の標準報酬月額	千円			
	⑦ 死亡した日	令和	年	月	日	⑧ 死亡の原因（傷病名）			
	⑨ 埋葬を行った年月日	令和	年	月	日	⑩ 埋葬に要した費用の総額			
	⑪ 死亡が第三者の行為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）								
	⑫ 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受給者番号及び発行機関名	市町村番号	受給者番号	発行機関名					
	⑬ 備考								

⑭ 死亡証明欄	上記の者 令和 年 月 日に死亡したことを証明する。 令和 年 月 日 事業主 住所 証明者 医師 市町村長 職名及び氏名
---------	---

受領委任の欄	(注)この欄は、この給付金を受け取るとをだれかに(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	フリガナ

作成提出 代行者
士 務 労 務 保 険 社 会 記 入 欄

⑮

生計維持等に関する証明（記入上の注意の①の場合のみ）

氏名

この埋葬料の請求者 は、亡被保険者とは

②に記載の続柄に相違なく、且つ、その者によって生計を維持していたことを証明します。

令和 年 月 日

住 所

証明者

職名及び氏名