

届書コード	処理区分	届書
3 0 6	1 2	

処理区分	1. 埋葬料 2. 埋葬費
------	------------------

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

社会保険委員の点検済

被 保 者 の 記 入 す る と こ ろ	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		5: 昭 7: 平 9: 令	年	月	日	※	※	0: 無 1: 有	
	⑨ 被保険者の(フリガナ) 氏名				⑦ 業 務 所 の 名 称				⑧ 受 付 年 月 日			
	⑩ 被保険者の(請求者) 住所				⑩ 住 所 コード				(電話番号)			
	⑪ 死亡した年月日				⑫ 死亡原因				⑬ 第三者の行為によるものですか			
	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				昭和 年 月 日 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、その者の				被保険者氏名				被保険者と請求者との身分関係			
	埋葬した年月日				埋葬に要した費用の額				被保険者の標準報酬月額			
	老人保健法の医療を受けていたとき				区 市 町 村 番 号				受 給 者 番 号			
	法第69条の7被保険者として支給を受けたときは、その額(調整減額)				調整減額コード				海外表示			
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				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、記号及び番号				

送信

◎「※」印欄は記入しないで下さい。

事 業 主 が 証 明 す る 欄	⑭ 死亡した者の氏名	⑮ 死亡した者 被保険者 被扶養者	⑯ 死亡した年月日	年	月	日
	うえのとおり相違ないことを証明します。					
	事業主 住所 〒	令和 年 月 日				
	氏名	電話 (局) 番				

支 払 金 融 機 関 の 欄	⑰ 支払区分	※ 1: 振 込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	⑱ 預金種別	※ 1: 普 通 2: 当 座 3: 通 知 4: 別	⑲ 銀行 本店 金庫 支店 農協
	⑲ 金融機関コード	※	口座名義		
	⑳ 口座番号				

受 取 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 提出					
	被保険者 住所 (請求者) 氏名					
㊧ 代理人の(フリガナ) 氏名						
㊨ 委任者と代理人との関係						
代理人の住所						
㊩ 郵便番号						
㊪ 住所コード						

受取日付欄

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--