

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 家族 埋葬料(費)請求書

社会保険委員の点検済

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	※	※	0: 無 1: 有	※ 年 月 日
1	0 0 1	〇 〇 〇 〇 〇	〇 〇 △ △ 〇 〇				
被保険者の(請求者)氏名		(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子		⑦ 名称	株式会社 三越伊勢丹		
被保険者の(請求者)住所		⑩ 郵便番号 0 0 0 0 - 0 0 0 0		⑧ 所在地	東京都新宿区新宿0-00-0		
被保険者の(請求者)住所		⑪ 住所コード		⑩ (フリガナ) トウキョウトシンジュククシンジュク		(電話番号)	
死亡した年月日		令和 〇 〇 〇 〇 〇 〇		⑫ 死亡原因	脳内出血		
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		⑬ 該当せず		⑬ 第三者の行為によるものですか		0: いいえ 1: はい	
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		健保 太郎		⑭ 被保険者と請求者との身分関係	妻		⑮ 被保険者の標準報酬月額 〇〇〇 千円
埋葬した年月日		令和 年 月 日		⑯ 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		⑰ 区市町村番号		⑱ 受給者番号		⑲ 発行機関名	
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)		円		⑳ 調整減額コード		㉑ 海外表示 0: 国内 1: 海外	
⑳ 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		保険者名		記号番号	

◎ 「※」印欄は記入しないで下さい。

※任意継続者は「死亡診断書」などを添付して下さい。

㉒ 死亡した者の氏名	㉓ 死亡した者 被保険者 被扶養者	㉔ 死亡した年月日	年 月 日 死亡
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	

㉕ 支払区分	※ ① 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	㉖ 預金種別	① 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別	㉗ 口座名義	銀行 本店 金庫 △△ 農協 支店
㉘ 金融機関コード	※			ケンボ ハナコ 健保 花子	
㉙ 口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				

㉚ 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(請求者)氏名		受取日付欄
㉛ 代理人の氏名	(フリガナ)	㉜ 委任者と代理人との関係
代理人の住所	㉝ 郵便番号	(フリガナ)
住所コード	※	送信

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--