

同年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係
支給額	円			

**健康保険 被保険者 埋葬料（費）請求書**  
被扶養者

被保険者または請求者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		被保険者のフリガナ	
			被保険者の（請求者）氏名及び印	
	被保険者の（請求者）現住所	〒 TEL		
	被保険者の勤務する（していた）事業所の名称・所在地	名称		
		所在地		
	死亡した年月日	年 月 日	死亡原因(病名)	
	死亡した被保険者の氏名	イ 氏名		□埋葬した年月日 年 月 日
		ハ 埋葬に要した費用	金 円	ニ死亡した被保険者と請求者との身分関係
	死亡した被扶養者の氏名	イ 氏名		□生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
		ハ 続柄		
備考				

上記のとおり請求します。 年 月 日

事業主の証明するところ	死亡した者の氏名		死亡した者は	被保険者 ・ 被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
健康保険組合理事長 殿				
住所				
事業主氏名				

振込希望の	銀行名			支店名	
金融機関	預金種目	普・当	口座番号	口座名義	

受取代理人欄	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。 年 月 日			
	住所			
	被保険者（請求者）氏名			
	住所			
	代理人氏名			