

令和	年度
款	保険給付費
項	法定給付費
目	埋葬諸費

厚生担当所経由印

担当	各長
----	----

健康保険組合処理印および支給決定印

取扱者	審査	事務長	常務理事
-----	----	-----	------

埋葬料（費）請求書

被保険者証 記号・番号				請年 月 求日	令和 年 月 日		
被 保 険 者 氏 名	フリガナ			会 社 名 所 属			
請 求 者 氏 名	フリガナ	死亡者に対する続柄		印	住 所		
請求者が生計維持関係になかった場合 埋葬に要した費用		証拠書類 枚		退職者の場合	退 職 令和 年 月 日		
支払金融機関 請求者 名義の口座	フリガナ	コード	フリガナ	コード	預金種別	口座番号	
	銀行		支店		普 通 座		

医 師 の 証 明 〔場合によっては別紙を添付 市町村長が証明する〕	死亡者氏名	フリガナ	死亡年月日	令和 年 月 日		
	死亡の原因 (傷病名)					
	第三者行為によるときはその事実および 第三者の住所・氏名					
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住 所 氏 名 印					

1 被保険者	2 資格喪失後3ヵ月以内	3 継続療養受給中	4 継続療養受給後3ヵ月以内						
埋 葬 料 （ 費 ） 支 給 決 定 額									

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみ記入して下さい。
2. 死亡の証明者が市町村長の場合は、証明欄に「別紙添付」と記入し、戸籍謄本（抄本）の正、死亡診断書の写、火葬許可証の写のうちいずれか一通を添付して下さい。
※場合によっては、続柄の確認できる書類を提出いただくことがあります。
3. 請求者が生計維持関係になかった場合は、埋葬に要した費用の証拠書類を添付して下さい。
4. 保険給付金は、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものとなります。

受付印

出納印