

健康保険被保険者家族埋葬料（費）請求書

令和8年4月改訂

※数字は右詰めで記入してください

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等記号・番号				② 被保険者生年月日 昭和 平成 年 月 日				③ 事業所名称			
	④ 被保険者（請求者）氏名 (フリガナ)				⑤ 家族埋葬料請求の場合は死亡した被扶養者の氏名等 (フリガナ)				生年月日続柄 昭和 平成 令和 年 月 日			
	被保険者が死亡した時は被保険者氏名											
	⑥ 被保険者住所・電話番号等 〒 - 電話 ()								⑦ 死亡年月日 令和 年 月 日			
	⑧ 死亡の原因（傷病名等）				⑨ 死亡の原因（該当するものに○をしてください） 業務上災害・第三者行為（事故等）・自然死（病死）・その他				⑩ 死亡した者の区分 被保険者→⑪へ 被扶養者→⑫へ			
	⑪ 被保険者死亡時の健康保険資格 ア. 被保険者期間中 イ. 資格喪失後3か月以内 ウ. 継続給付受給中 エ. 継続給付終了後3か月以内		⑫ 死亡した者が扶養家族になった時期 ア. 資格取得した時からもしくはイ以外 イ. 死亡した時からみて3か月以内 ※⑪⑫がア以外の場合、 ⑬欄にも記入してください		⑬ 死亡した時に加入していた保険制度（⑪⑫がア以外の場合のみ） 保険者名 被保険者氏名		被保険者等記号・番号					
	⑭ 被保険者と請求者の関係（続柄等）		生計維持関係はありましたか はい・いいえ→⑮⑯へ		⑮ 埋火葬した年月日 令和 年 月 日		⑯ 埋火葬に要した費用 円					

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑰ 死亡した者の氏名		⑱ 被保険者・被扶養者の別 被保険者・被扶養者		⑲ 死亡年月日 令和 年 月 日			
	⑳ うえの通り相違ありません							
	事業所所在地 令和 年 月 日		事業所名称		事業主氏名			

振 込 口 座	銀行等口座		口座預金種別 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段				預金口座名義人氏名			
	金庫		預金口座番号							
	組合 出張所									

※在職中の方へ（↑事業所への受領委任をお願いしております。被委任者指定口座をご記入ください。↓受取代理人欄にご記入ください。）

受 取 代 理 人 欄	⑳ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者（申請者） 住所 氏名				㉑ 代理人氏名				㉒ 被保険者（申請者）との関係			
					㉓ 代理人住所・電話番号							
					電話 ()							

社会保険労務士氏名

●添付書類等●

区分	申請者	添付書類
埋葬料	被保険者・被扶養者	死亡診断書の写し
	被扶養者以外で生計維持があった方	死亡診断書の写し、生計維持関係の確認できる書類（住民票除票等）
埋葬費	上記以外の方	埋葬に要した費用額の記載された領収証原本、埋葬に要した費用の明細書