健康保険 本人・家族 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金　請求書

(訂正がある場合は請求者が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません)

請求者情報	① 被保険者等記号・番号	記号　番号 -	② 請求者の氏名 生年月日	(フリガナ) 昭・平・令　年　月　日
	③ 請求者の現住所	〒 □□□ － □□□□	日中連絡のとれる電話番号 自宅　-　- 携帯　-　-	
	④ 事業所名称			

請求内容	⑤ 死亡した方	氏名			生年月日	昭・平・令　年　月　日
		被保険者との続柄		性別 男・女	⑥ 死亡した年月日	令和　年　月　日
	⑦ 具体的な死因					
	⑧ 被保険者が死亡したとき	死亡した被保険者との身分関係	(例　妻、父)	埋葬に要した費用の額	円	埋葬した年月日　令和　年　月　日

死因の詳細	⑨ 原因 ※該当番号に○	1．病気　2．外傷　(自損 ・ 交通事故 ・ 暴行、傷害)　3．その他 (　　)			
	⑩ 「2.外傷」に該当する方は具体的な状況と☑を記入	負傷日時（いつ）	令和　年　月　日 (午前 ・ 午後　時頃)		
		負傷場所（どこで）	(例　自宅で/　山で　等)		
		負傷した状況	(例　自宅階段から転倒/　登山中に登山道から滑落　等)		
		第三者行為の確認	□ 相手がいない　□ 相手がいる　※1	労災の確認	□ 私用　□ 労災　※2

※1　原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要です。該当する方は別紙「注意事項」をご確認ください。

※2　**通勤・退勤途中または業務中の怪我や病気は労災適用のため健康保険の対象になりません。勤務先へお問合せ下さい。**

(訂正がある場合は事業主が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。事業主以外の訂正は認められません)

事業主が証明する欄	⑪ 死亡した方の氏名		⑫ 死亡した方	□ 被保険者 □ 被扶養者	⑬ 死亡した年月日	令和　年　月　日死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。				記入年月日　令和　年　月　日	
	事業主	⑭ 事業所所在地および名称				
		⑮ 事業主氏名				
	連絡先　(　　)					

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。

(12桁)

給付金振込先選択欄　**※希望する振込先に☑をご記入ください**		
□	**会社振込**	私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
□	**個人(請求者)口座**	被保険者（請求者）の個人口座への振込を希望します。

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支払金融機関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	預金種別 普通 ・ 当座	
	金融機関コード		店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)		フリガナ 口座名義	

□	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑　利用しない場合は上記の欄を記入。) 注）口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印