

伺年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当	担当
支払年月日	令和	年	月	日					
支払 支給 決議 書	支払額			拾万	万	千	百	拾	円
	法定	款項目		拾万	万	千	百	拾	円
		附加							
	死亡した日	令和	年	月	日	資格 得喪	年	月	日

記入例

健康保険 被保険者 家 族 埋葬料(費)・附加金請求書 令和 年 月 日請求

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号と番号	記号	100	番号	9999	請求者の 氏名	田熊 幸子						
	会 社 名	株式会社 タクマ											
	死亡した年月日	令和	3	年	11	月	15	日	死亡原因 (傷病名)	心筋梗塞			
	被 保 険 者 が 死 亡 し た 場 合	氏名	田熊 一郎			埋 葬 年月日	令和	3	年	11	月	18	日
		被保険者の最後の 標準報酬月額	千円			被保険者 との続柄	妻						
		振込希望	みずほ			銀行	フリガナ	タクマ サチコ					
		銀行口座	尼 崎			支店	口座名義	田熊 幸子					
	請求者の 住 所	〒 660 - 0123 尼崎市田熊町 1-2-3											
被扶養者が 死亡した場合	氏名		生年月日		昭・平・令	年	月	日	被保険者 との続柄				
死亡した原因は第三者行為(交通事故・ケンカなど)によるものですか		<input type="checkbox"/> はい		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		※「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要です							

事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	死亡した者の氏名		死亡した者は 被保険者ですか	<input type="checkbox"/> 被保険者		<input type="checkbox"/> 被保険者でない				
	死亡した年月日	令和	年	月	日	備 考				
	上記のとおり相違ありません	住 所		被保険者の勤務先の人事(総務)に 記入してもらってください				令和	年	月

委 任 欄	私は 事業主 を代理人と定め、埋葬料(費)および同附加金の受領方を委任します。 (被保険者が請求する場合)	令和	年	月	日
	住所	被保険者			
	住所	氏名			
	住所	事業主			

記入不要です

【被保険者(本人)が死亡した場合】 *本人 および 被扶養者の「保険証」もご提出ください(未提出の場合)

請求者区分	添付書類
① 健康保険上の扶養家族(被扶養者) または 被保険者と生計維持関係のあった家族	死亡診断書(死体検案書)コピー または 死体火葬許可証コピー
② 上記①以外の家族・親戚 または 友人・知人等	上記①の書類 および 埋葬に要した費用の明細書と領収書の原本

※ ①に該当する場合は「埋葬料」、②に該当する場合は「埋葬費」になります。

【被扶養者(家族)が死亡した場合】 *「被扶養者異動届」と死亡した方の「保険証」もご提出ください(未提出の場合)

請求者区分	添付書類
請求者は被保険者のみ	死亡診断書(死体検案書)コピー または 死体火葬許可証コピー

同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当	担当
支払年月日	令和	年	月	日					
支払 支給 決定 議書	支払額		拾万	万	千	百	拾	円	
	支給 決定 額	法定	款項目	拾万	万	千	百	拾	円
		附加							
	死亡した日	令和	年	月	日	資格 得喪	年	月	日
					要	備考	決定標準報酬月額	千円	

記入例

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・附加金請求書 令和 年 月 日請求

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号と番号	記号	100	番号	9999	請求者の 氏名	田熊 一郎							
	会社名	株式会社 タクマ												
	死亡した年月日	令和	3	年	11	月	15	日	死亡原因 (傷病名)	心筋梗塞				
	被 保 険 者 が 死 亡 し た 場 合	氏名				埋葬 年月日	令和	年	月	日				
		被保険者の最後の 標準報酬月額	千円			被保険者との 続柄								
		振込希望				フリガナ								
		銀行口座				銀行	口座名義							
	請求者の 住所	〒			支店	口座番号 普・当								
被扶養者が 死亡した場合	氏名	田熊 幸子			生年月日	昭・平・令	34	年	6	月	1	日	被保険者 との続柄	妻
死亡した原因は第三者行為(交通事故・ケンカなど)によるものですか										<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	※「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要です			

事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	死亡した者の氏名				死亡した者は 被保険者ですか	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被保険者でない				
	死亡した年月日	令和	年	月	日	備考				
	上記のとおり相違ありません	住所			令和 年 月 日					
	事業主 氏名	被保険者の勤務先の人事(総務)に 記入してもらってください								

委 任 欄	私は 事業主 を代理人と定め、埋葬料(費)および同附加金の受領方を委任します。									
	(被保険者が請求する場合) 令和 3 年 11 月 25 日									
	被保険者	住所	尼崎市田熊町 1-2-3							
	事業主	住所	田熊 一郎							
	事業主 氏名	被保険者の勤務先の人事(総務)に 記入してもらってください								

【被保険者(本人)が死亡した場合】 *本人 および 被扶養者の「保険証」もご提出ください(未提出の場合)

請求者区分	添付書類
① 健康保険上の扶養家族(被扶養者) または 被保険者と生計維持関係のあった家族	死亡診断書(死体検案書)コピー または 死体火葬許可証コピー
② 上記①以外の家族・親戚 または 友人・知人等	上記①の書類 および 埋葬に要した費用の明細書と領収書の原本

※ ①に該当する場合は「埋葬料」、②に該当する場合は「埋葬費」になります。

【被扶養者(家族)が死亡した場合】 *「被扶養者異動届」と死亡した方の「保険証」もご提出ください(未提出の場合)

請求者区分	添付書類
請求者は被保険者のみ	死亡診断書(死体検案書)コピー または 死体火葬許可証コピー