

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		
支払内訳	埋葬料(費)	円	
	埋葬料(費)付加金	円	

支給支払決議書				
常務理事	事務長		扱者	
資格取得		年	月	日
資格喪失		年	月	日
支払年月日		年	月	日

社会保険委員
の点検済印

届書コード	処理区分	届書	処理区分	1.埋葬料 2.埋葬費
306	12			

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 請求書

被保険者証の記号・番号		④ 生年月日	⑤ 被扶養者番	⑦ 受取人	⑧ 受付年月日
①	②	③	1: 明大昭平 357	* 0: 無有 1: 有	* 年 月 日
⑨ 被保険者の(請求者)氏名と印		(フリガナ)	⑦ 名称	④ 所在地	
被保険者の(請求者)住所		⑩ 郵便番号	(フリガナ)	(電話番号)	
		⑪ 住所コード	*	()	
⑫ 死亡した年月日	平成 年 月 日	⑬ 死亡原因	⑭ 第三者の行為によるものですか 0: いいえ 1: はい		
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その方の		⑮ 被扶養者氏名	⑯ 生年月日 <small>明治 大正 昭和 平成</small>	年 月 日	⑰ 被保険者との続柄
被保険者が死亡したための請求であるときは、その方の		⑱ 被保険者氏名	⑲ 被保険者と請求者との身分関係	⑲ 被保険者の標準報酬月額 千円	
		⑲ 埋葬年月日 平成 年 月 日	⑲ 埋葬に要した費用の額 円	* 円	
老人保健法の医療を受けていたとき		⑳ 市(区)町村番号	㉑ 受給者番号	㉒ 発行機関名	
介護保険法のサービスを受けていたとき		㉓ 保険者番号	㉔ 被保険者番号	㉕ 保険者名称	
⑳ 日雇特別被保険者として支給を受けたときは、その額(調整減額)		円	* ㉖ 調整減額コード	㉗ 海外表示 0: 国内 1: 海外	㉘ 特別支給コード (備考)
㉙ 資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の		保険者名、記号および番号		保険者名 記号番号	
㉚ 被扶養者が被保険者であった場合、その当時の被保険者証の					

㉛ 死亡した者の氏名	㉜ 死亡した者 被保険者 被扶養者	㉝ 死亡した日 年 月 日	平成 年 月 日死亡
㉞ 上のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日	
事業主 住所 〒 氏名		㉟	電話 (局) 番

社会保険労務士の 提出代行印	㉟ 支払区分	* 1: 振込	㊱ 預金種別	1: 普通	㊲ 銀行	本店支店	技官等 意見
	㊳ 金融機関	* 口座名義					
	㊴ 口座番号						

受取代理人の欄	㊵ 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。 平成 年 月 日		平成 年 月 日提出 受付日付印	
	被保険者の住所 (申請者) 氏名		㊶	
	㊷ 代理人の氏名と印	(フリガナ)	㊸ 委任者と代理人の関係	
	代理人の住所	㊹ 郵便番号	(フリガナ)	㊺ 住所コード