

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

**記入例**  
**家族の場合**

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
306	12			2.埋葬費

**健康保険 被保険者 埋葬料(費) 請求書**  
**家 族**

被保険者証の記号・番号		④ 生年月日	⑤ 被扶養者番号	⑦ 受取人	⑧ 受付年月日
①	②	③	④	⑤	⑥
		1 8 9 1 0	5 3 7 0 2 2 0	※ 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) ケンボ タロウ <b>健保 太郎</b>	⑦ 名称	〇〇〇〇株式会社	
被保険者の(請求者)住所		⑩ 郵便番号	⑪ 住所コード	④ 所在地	
		〇〇〇-〇〇〇〇	東京都〇〇市△△1-2-3	東京都〇〇市△△1-1-1	
⑫ 死亡した年月日		平成	〇〇	年	11
			〇	月	17
			〇	日	
⑬ 死亡原因		⑭ 死亡した年月日		⑮ 死亡原因	
		平成		心不全	
⑯ 被扶養者が死亡したための請求であるときは、その方の		⑰ 被扶養者氏名		⑱ 生年月日	
		健保 ウメ		明治〇〇年 6月 27日	
被保険者が死亡したための請求であるときは、その方の		⑲ 被保険者氏名		⑳ 被保険者と請求者との身分関係	
		該当せず		該当せず	
⑳ 埋葬年月日		㉑ 埋葬に要した費用の額		㉒ 被保険者の標準報酬月額	
平成		該当せず		該当せず	
㉓ 市(区)町村番号		㉔ 受給者番号		㉕ 発行機関名	
老人保健法の医療を受けていたとき		㉖ 保険者番号		㉗ 被保険者番号	
介護保険法のサービスを受けていたとき		㉘ 死亡した年月日		㉙ 保険者名称	
㉚ 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)		㉛ 調整減額コード		㉜ 海外表示	
		※		0: 国内 1: 海外	
㉝ 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		㉞ 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		㉟ 保険者名	
		保険者名、記号および番号		記号番号	

事業主が証明するところ	㊱ 死亡した者の氏名	健保 ウメ	㊲ 死亡した者の被扶養者	死亡した年月日	平成〇〇年 11月 17日死亡
	㊳ 上のとおり相違ないことを証明します。				平成〇〇年 11月 30日
事業主住所		〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市△△1-1-1		〇〇〇	
事業主氏名		〇〇〇〇株式会社		電話 (△△△ 局) XXXX番	
		代表取締役〇〇 △△			

社会保険労務士の提出代行印	㉚ 支払区分	※ 1: 振込	㉛ 預金種別	1: 普通	㉜ 口座名義	〇〇 銀行 △△ 本店支店	技官等意見
	㉝ 金融機関コード	※	㉞ 代理店		〇〇 銀行 △△ 本店支店		
	㉟ 口座番号	1 2 3 4 5 6 7	㊱ 代理店		〇〇 銀行 △△ 本店支店		

受取代理人の欄	㊴ 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	平成〇〇年 12月 1日提出
	被保険者の住所(申請者)氏名						受付日付印
	㉜ 代理人の氏名と印	(フリガナ)	㉝ 委任者と代理人の関係				
	代理人の住所	㉞ 郵便番号	+	(フリガナ)			