

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
本人の場合

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	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
家 族

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	④	⑤	⑥
		1	8910	000220	※ 0:無有 1:有
⑨ 被保険者の(請求者)氏名と印		(フリガナ) ケンボ サクラ	事業所の	⑦ 名称	〇〇〇〇株式会社
		健保 さくら	④ 所在地	東京都〇〇市△△1-1-1	
被保険者の(請求者)住所		⑩ 郵便番号	(フリガナ) トウキョウト	〇〇シ	△△ 1-2-3 (電話番号)
		⑪ 住所コード	東京都〇〇市△△1-2-3		〇〇〇 (123) 4567
⑫ 死亡した年月日	平成	〇〇	年	〇4	月
				23	日
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その方の		⑬ 死亡原因	胃がん	⑭ 第三者の行為によるものですか	〇:いいえ 1:はい
被保険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	該当せず	⑯ 生年月日	明治 該年 当 月 せず 日 平成
		⑰ 被保険者氏名	健保 太郎	⑱ 被保険者と請求者との身分関係	妻
		⑲ 埋葬年月日	平成 該当せず	⑳ 被保険者の標準報酬月額	440 千円
		㉑ 埋葬に要した費用の額	該当せず	㉒ 被保険者の標準報酬月額	440 千円
老人保健法の医療を受けていたとき		㉓ 市(区)町村番号	㉔ 受給者番号	㉕ 発行機関名	
介護保険法のサービスを受けていたとき		㉖ 保険者番号	㉗ 被保険者番号	㉘ 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)		㉙ 調整減額コード	㉚ 海外表示	㉛ 特別支給コード	(備考)
		※	0:国内 1:海外		
㉜ 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		㉝ 保険者名、記号および番号			
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		㉞ 保険者名、記号および番号			

事業主が証明するところ	㉟ 死亡した者の氏名	健保 太郎	㊱ 死亡した者の氏名	被保険者	㊲ 死亡した年月日	平成〇〇年 4月 23日 死亡
	㊳ 上のとおり相違ないことを証明します。				㊲ 死亡した年月日	平成〇〇年 5月 7日
事業主住所		〒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 △△		(印)		

社会保険労務士の提出代行者印	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
	㉚ 金融機関	※			口座名義	健保 さくら	
	㉚ 口座番号	3456789					

受取代理人の欄	㉜ 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 5月 8日 提出
	被保険者の住所(申請者)氏名		(印)	受付日付印
	㉜ 代理人の氏名と印	(フリガナ)	㉜ 委任者と代理人の関係	
	代理人の住所	㉜ 郵便番号	(フリガナ)	(印)
		㉜ 住所コード		(印)