

種 別	支 給 決 定 額	資 格 関 係	備 考
2412 2422	2416 ¥ _____	・ 取得 ・ 認定 ・ 喪失	

被保険者
家 族
埋葬料(費)請求書

請求者が記入するところ	被保険者証	記 号	番 号	事業所 名 称			
	死亡した人の氏名・ 生年月日及び続柄			明 大 昭 平	年 月 日生	歳	続 柄 本人・家族()
	死亡年月日	平成	年 月 日	死亡	死亡の原因 (傷病名等)		
	埋火葬をした 年 月 日	平成	年 月 日		埋火葬に要した 費用 額	¥	(別紙証憑書のとおり)
	死亡者が第三者の行 為に因るものである ときはその事実並び に第三者の住所及び 氏名(住所及び氏名が 不詳であるときはそ の旨)						老健法受給資格者 確 認
請求者の住所	(フリガナ)	〒□□□□ □□□□					
	電話番号()	携帯電話等連絡先()					
請求者の氏名	(フリガナ)	本人が死亡のときは本人との続柄 ()					
	印						
請求者が受取代理 人が記入するところ	金 融 機 関 名		店 番 号	口 座 預 金 種 別		預金口座名義人の氏名 (カタカナで記入して下さい)	
	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所		普通・貯蓄・当座			
					預 金 口 座 番 号		
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する 権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日			代理人の氏名・印			請求者との関係
				(フリガナ)			
	請求者氏名			代理人の住所・電話番号			
				郵便番号			
				(フリガナ)			
			電話 ()				
被 保 険 者 の 死 亡 に 家 族 関 する 事 業 主 の 証 明		上記の者 平成 年 月 日死亡 したことを証明します。		事業所の所在地 名称・事業主の 氏名 印		印	

① 本人(被保険者)のときは喪失届と保険証
② 家族のときは被扶養者の削除届と保険証
を添えて提出してください。

この欄は給付金の受取取りを代理人に委任
する場合のみ記入してください。

添 付 書 類	被保険者の場合は、市区町村長の埋火葬許可書の写又は、死亡診断書の写又は、死体検案書の写(検死調書の写) * 請求者が健康保険の被扶養者でない場合 同居の場合…世帯全員の住民票の写(続柄の記載されているもの) 別居の場合…戸籍謄本の写と埋葬に要した費用(葬儀代)の明細書と領収書原本。 被扶養者の場合は、市区町村長の埋火葬許可書の写又は、死亡診断書の写。 * 任意継続被保険者・被扶養者は事業主の証明は不要。	受付印
------------------	--	-----