

届書コード	処理区分	届書	1.埋葬料 2.埋葬費
3 0 6	1 2		

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

社会保険委員
の点検済印

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号			④ 生 年 月 日			⑤被扶養者番号		⑦受取代理人		⑧ 受 付 年 月 日				
	①	②	③	1:明 3:大 7:平	年	月	日	※	※	0:無 1:有	送 信	※	年	月	日
	⑨ 被保険者の(フリガナ) ミツビシ タロウ			⑩ 被保険者の(フリガナ) 三菱 太郎		事業所の(フリガナ) 三菱 太郎		⑪ 被保険者の(フリガナ) ○○ケン○○シ○○マチ		⑫ 死亡した年月日		⑬ 第三者の行為によるものですか			
	氏名と印			氏名		氏名		住所		平成 ○○年 ○○月 ○○日		0:いいえ 1:はい			
	⑩ 郵便番号			⑪ 住所		⑭ 埋葬した年月日		⑮ 埋葬に要した費用の額		被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の		被扶養者としての請求であるときは、その者の			
	0000000000			○○県○○市○○町1-1		平成 ○○年 ○○月 ○○日		※		被扶養者氏名		被保険者との標準報酬月額			
	0000000000			○○県○○市○○町1-1		平成 ○○年 ○○月 ○○日		※		被扶養者氏名		被保険者との標準報酬月額			
	0000000000			○○県○○市○○町1-1		平成 ○○年 ○○月 ○○日		※		被扶養者氏名		被保険者との標準報酬月額			
	0000000000			○○県○○市○○町1-1		平成 ○○年 ○○月 ○○日		※		被扶養者氏名		被保険者との標準報酬月額			
	0000000000			○○県○○市○○町1-1		平成 ○○年 ○○月 ○○日		※		被扶養者氏名		被保険者との標準報酬月額			

◎「※」印欄は記入しないでください。

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	死亡した者	被扶養者	死亡した年月日	年	月	日	死亡		
	うえのとおり相違ないことを証明します。							平成	年	月
住所		氏名		電話(局)		番				

支払金融機関の欄	⑳ 支払区分	振 込	㉑ 預金種別	普 通	㉒ 口座名義(カナ)	銀行 金庫 農協	本店 支店
	㉓ 金融機関コード	※			ミツビシ タロウ		
	㉔ 口座番号	0000000000					

受取代理人の欄	(B)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	提出
	住所		氏名		電話(局)		番	
	㉕ 代理人の氏名と印	(フリガナ)		㉖ 委任者と代理人との関係				
	㉗ 代理人の住所	㉘ 郵便番号	+	(フリガナ)			送 信	

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出 代行者印	⑨
--------------------	---