

届書コード	処理区分	届書	処理区分
30612	1	書	1.埋葬料 2.埋葬費

# 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 5 : 昭 7 : 平	※	※	※	※
⑨ 被保険者の(フリガナ) (請求者) 氏名と印		事業所の(フリガナ)		事業所の(フリガナ)	事業所の(フリガナ)	事業所の(フリガナ)	事業所の(フリガナ)
⑩ 被保険者の(フリガナ) (請求者) 氏名と印		⑩ 郵便番号	⑪ 住所	⑫ 死亡した年月日	⑬ 第三者の行為によるものですか	⑭ 埋葬した年月日	
				平成 年 月 日	0 : いいえ 1 : はい	平成 年 月 日	
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の		被扶養者氏名	被扶養者氏名	被扶養者氏名	被扶養者氏名	被扶養者氏名	被扶養者氏名
被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の		被保険者氏名	被保険者氏名	被保険者氏名	被保険者氏名	被保険者氏名	被保険者氏名
老人保険法の医療を受けていたとき		(ロ) 区市町村番号	(サ) 受給者番号	(シ) 発行機関名	⑯ 法第69条の7被保険者として支給を受けたときは、その額(調整減額)		
					⑰ 調整減額コード		
					⑱ 海外表示		
					⑲ 特別支給コード		
					⑳ 調整減額		
					㉑ 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		
					㉒ 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の		

◎「※」印欄は記入しないでください。

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 日	
住所	事業主氏名	電話番号	局	番

⑳ 支払区分	振 込	(㉒) 預金種別	普通	(㉓) 銀行 金庫 農協	本店 支店
(㉑) 金融機関コード	※			口座名義(カナ)	
(㉒) 口座番号	※				

(㉔)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
被保険者(請求者) 住所	氏名	受付日付印
代理人の氏名と印	(フリガナ)	(㉕) 委任者と代理人との関係
代理人の住所	(フリガナ)	
(㉖) 郵便番号	(フリガナ)	送信
(㉗) 住所コード	※	

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