健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・付加金請求書

請求者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号		請求者の氏名	（フリガナ）			
		番号						
	請求者の現住所	〒　　－ 電話　　（　　）						
	被保険者の勤務していた又は勤務する事業所の名称							
	死亡した年月日	令和　　年　　月　　日		死亡した原因				
	被保険者が死亡したための請求であるとき							
	被保険者氏名			埋葬した年月日	令和　　年　　月　　日			
	死亡した被保険者と請求者との身分関係			埋葬に要した費用	円 （別紙証拠書のとおり）			
	被扶養者が死亡したための請求であるとき							
	被扶養者氏名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日生		続柄		
	備考							

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名		死亡した方は	被保険者 ・ 被扶養者
	死亡した年月日	令和　　年　　月　　日	死亡した原因	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

事業所 所在地

名　称

事業主氏名

電　話　　（　　）　　番

公金受取口座	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 ☐（利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。 下記に記入があった場合は下記優先）							
振込の銀行名	銀　行 信用金庫　　支店							
預金種目・口座番号	普通 ・ 当座							
フリガナ								
名義人氏名								

令和　年　月　日提出

受　付

埼玉県医師会健康保険組合