

保険者記入欄	資格取得日	年	月	日
	資格喪失日	年	月	日
	死亡日	令和	年	月

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）並びに付加金請求書

被保険者（請求者）が記入するところ	① 被保険者証の 記号 番号		② 被保険者 または 請求者 氏名		
	③ 請求者の 現住所 電話番号	〒 ー 日中連絡の取れる電話番号 ()			
	④ 事業所の名称				
	⑤ 死亡した方の 氏名 生年月日	昭・平・令	年	月	日
	⑥ 被保険者 または 請求者との 身分関係				
	⑦ 死亡した年月日	令和	年	月	日
	⑧ 死亡した原因 (詳しく)				
	⑨ 埋葬を行った年月日 (葬式)	令和	年	月	日
	⑩ 第三者行為による ものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	⑪ 備考				
	⑫ 介護保険法のサービスを 受けていたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名	
資格喪失者または被保険者死亡の場合、請求者名義の金融機関情報が必要となります。					
振込 金融 機関	銀行番号		支店番号		
	銀行		支店	口座番号	
	フリガナ				
	口座名義				

(該当条文第 100 条 (規則第 85・96 条

事業主が証明するところ	⑭ 死亡した者の 氏名				⑮ 死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者
	⑮ 死亡した年月日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被扶養者
	⑰ 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日				
	事業所住所					
	事業所名称					
	事業主氏名					
	電話番号					

令和 年 月 日 提出

※ 受付日付印

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

記入上の注意

- ・ 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んでください。
- ・ 被保険者死亡の場合は⑬欄の振込み希望の銀行口座（請求者本人名義）を必ず記入してください。また、退職後の請求の場合も⑬欄の振込み希望の銀行口座（請求者本人名義）の記入が必要となりますが、任意継続被保険者の方は、保険料の引き落とし口座に振り込みますので記入は不要です。

添付書類について

- ・ 死亡した方の保険証は必ずお返し下さい。
- ・ 事業主の証明を受けられない場合は、死亡が確認できる書類（埋葬許可証の写し、死亡診断書の写し等）が必要となります。

【被保険者が死亡したとき】

- ・ 被扶養者以外の方が埋葬料を請求する場合は、生計維持関係があったことを証明する書類（住民票等）が必要となります。
- ・ 埋葬費の請求の場合は、埋葬に要した費用の領収書の原本および明細書の写しが必要となります。

被 保 険 者 記 入 欄	資格取得日	年	月	日	
	資格喪失日	年	月	日	
		日	令和	年	月

記入例

健康保険 被保険者 埋葬料（費）並びに付加金請求書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号	9999	② 被保険者または請求者氏名	東広 太郎			
	① 被保険者証の番号	99999					
	③ 請求者の現住所電話番号	〒 104 - 0045		日中連絡の取れる電話番号	090	(1234) 5678	
		東京都中央区築地 ○-○					
	④ 事業所の名称	株式会社 アドけんぼ					
	⑤ 死亡した方の	氏名	東広 花子			⑥ 被保険者または請求者との身関係	妻
		生年月日	昭・平・令	30年	12月		
	⑦ 死亡した年月日	令和	2年	7月	1日	⑧ 死亡した原因（詳しく）	② 肝臓癌
	⑨ 埋葬を行った年月日（葬式）	令和	2年	7月	3日	⑩ 第三者行為によるものですか	③ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑪ 備考						
	⑫ 介護保険法のサービスを受けていたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関名	
		資格喪失者または被保険者死亡の場合、請求者名義の金融機関情報が必要となります。					
⑬ 振込金融機関		銀行番号		支店番号		1. 普通	口座番号
	銀行		支店		2. 当座		
	フリガナ						
	口座名義						

① 被保険者証の記号番号を記入してください。

② 死亡した原因は具体的な病名等、詳しく記入してください。

③ 「第三者行為によるものですか」で「はい」にチェック(☑)した場合は、「第三者行為による傷病届」を必ず提出してください。

④ 死亡した方が本人の場合は、「被保険者」に、家族の場合は「被扶養者」にチェック(☑)をしてください。

【記入を間違えた場合】ご記入いただいた内容に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑭ 死亡した者の氏名	東広 花子			⑮ 死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者
	⑮ 死亡した年月日	令和	2年	7月		1日
	⑯ 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和			2年	7月
	事業所住所	東京都中央区銀座○-○-○				
	事業所名称	株式会社 アドけんぼ				
	事業主氏名	○○○○ 次郎				
	電話番号	03-○○○○-○○○○				

令和 年 月 日 提出

※ 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
