

埋葬料(埋葬費)請求書

(本人 ・ 家族)

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る 欄	健康保険組合理事長殿		令和 年 月 日	
	被保険者住所 〒		氏名	
	下記のとおり請求します。			
	記号・番号		事業所名称	
	被保険者と請求者との身分関係 (被保険者死亡のみ)		被保険者(請求者)の連絡先	(TEL) - -
死亡した方の氏名		続柄	生年月日 昭・平・令 年 月 日	
死亡年月日	令 年 月 日	死亡原因		
第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい			

*被保険者により生計を維持していた者が存在せず、これ以外の者が埋葬を行った場合は記入してください。

埋葬した年月日	令 年 月 日	埋葬に要した費用	円
---------	---------	----------	---

*ALAP以外の退職予定の方は支払金融機関を記入してください。ただし、退職後、任意継続される方は記入不要です。

支 払 金 融 機 関	金融機関名		支店名	
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他()	口座名義(カナ)	
	口座番号			

事 業 主 が 証 明 す る 欄	死亡した方の氏名		死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者	死亡年月日	令和 年 月 日
	【確認欄】*記載内容を確認し、チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 上記記載の内容に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業主 氏名					

受 取 代 理 人 の 欄	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。		令和 年 月 日
	被保険者住所	住所	
	代理人住所	住所	
	氏名	氏名	
委任者と代理人との関係			

(事)社会保険担当者印

健保組合受付印

【添付書類】

- 社員からの請求の場合 ・添付書類不要
- ご遺族からの請求の場合(社員死亡時) ・社員との関係性を証明できる書類の写し
- 任意継続被保険者とその遺族からの請求の場合 ・証明書類(写) ※
- 死亡者に遺族がいないため、実際に埋葬を行った方が請求する場合 ・埋葬の領収書(原紙) ・証明書類(写) ※
- ※証明書類 … 埋葬/火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書等

【その他】

被扶養者が亡くなった場合は、被扶養者(異動)届にて、被扶養者削除手続きを行ってください。

削除対象者の保険証(2025年12月まで)または資格確認書の添付が必要です。

その際、高齢受給者証・限度額適用認定証をお持ちの場合は、そちらも併せて添付願います。

※記載内容を訂正する場合には、該当箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者の氏名(サイン)をご記入ください。