A4縦で出力

常務理事		事務長		担当	

届書コード			処理区分	届書
3	0	6	1 2	

処理区分	1. 埋葬料 2. 埋葬費

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

社会保険委員の点検済印

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号			個人番号(マイナンバー) 記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	④ 生年月日			
①	② ○○	③ ○○○○		5：昭 7：平 9：令	年 ○	月 ○	日 ○

⑤被保険者の(請求者)氏名	(フリガナ) キョウドウ ハナコ 共同 花子	事業所の	㋐名称	○○株式会社
			㋑所在地	○○県○○市○○町○－○－○
⑥被保険者の(請求者)住所	郵便番号 ○○○ ― ○○○○ 住所コード ※	(フリガナ) △△ケン△△シ△△マチ △△県△△市△△町△－△－△		(電話番号) ○○ (○○○○)○○○○

⑦死亡した年月日	令和 年 ○ 月 ○ 日 ○	㋒死亡原因	心不全	⑧第三者の行為によるものですか	0：いいえ 1：はい
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の	㋓被扶養者氏名		㋔生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	㋕被保険者との続柄	
被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の	㋖被保険者氏名	共同 太郎	㋗被保険者と請求者との身分関係	妻	㋘被保険者の標準報酬月額 千円 ※記入不要
	⑨埋葬した年月日	令和 年 ○ 月 ○ 日 ○	⑩埋葬に要した費用の額	円 ※ ○○○○○○ 円	

(備考)

kenpo:
添付書類がない場合のみ必要

事業主が証明する欄

㋙死亡した者の氏名	共同 太郎	㋚死亡した者	被保険者 被扶養者	㋛死亡した年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日死亡

㋜ 事業主 うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住所 〒○○○－○○○○ ○○県○○市○○町○－○－○

氏名 ○○株式会社

電話 ○○ ― ○○○○ ― ○○○○

支払金融機関の欄

⑪支払区分	※ 1：振込	⑬預金種別	1：普通 2：当座 3：通知 4：別段	㋝ ○○ 銀行 金庫 農協 ○○ 本店 支店
⑫金融機関コード	※			口座名義 共同 花子
⑭口座番号	○○○○○○○			フリガナ キョウドウ ハナコ

受取代理人の欄

㋞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(請求者) 住所 氏名

⑮代理人の氏名と印	(フリガナ)	㋟委任者と代理人との関係	
代理人の住所	⑯郵便番号 ―	(フリガナ)	送信
	⑰住所コード ※		

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	