

健康保険組合

被保険者  
家 族

埋葬料（費）・家族埋葬料付加金 請求書

被保険者証記号番号		※被保険者（請求者）氏名		住 所	
		(フリガナ) 		〒 	
		印 			
死亡年月日		平成 年 月 日		死亡の原因	
被扶養者が死亡した時	氏 名	(フリガナ) 		被 保 険 者 と の 続 柄	11：夫 12：妻 21：長男 22：次男 23：三男 31：長女 32：次女 33：三女 51：父 52：母 その他（           ）
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成           年     月     日生			
	被扶養認定後3ヶ月以内の死亡ですか	1. はい 2. いいえ			
被保険者が死亡した時	氏 名	(フリガナ) 		請 求 者 と の 続 柄	11：夫 12：妻 21：長男 22：次男 23：三男 31：長女 32：次女 33：三女 51：父 52：母 その他（           ）
	埋葬した年月日	平成 年 月 日			
	埋葬に要した費用（埋葬料費の時）	円			
	被保険者と生計維持関係がありましたか	1. はい 2. いいえ			
	資格取得または資格喪失後3ヶ月以内の死亡ですか	1. はい 2. いいえ			
				業務（通勤）災害・準災害によるものですか	1. いいえ 2. はい
				第三者の行為（交通事故等）によるものですか	1. いいえ 2. はい

【被保険者が死亡したときは、請求者の振込先を記入して下さい】

金融機関コード	支店コード	金融機関名	支店名
預金種別	口座番号	口座名義（カタカナ）	
1 普通 2 当座			

※被保険者（申請者）氏名欄の押印は被保険者（申請者）が自筆した場合および電子申請の場合は不要です。

添付資料	<input type="checkbox"/> 市区町村長の埋火葬許可証「写」、死亡診断書「写」、死体検案書又は検視調書「写」、戸籍謄本「写」のいずれか
	<被保険者により生計を維持していた者がいないため、埋葬を行った者が請求するとき> <input type="checkbox"/> 埋葬に要した費用の領収書及び内訳書「原本」
	<資格取得または被扶養認定後3ヶ月以内の死亡および資格喪失後3ヶ月以内の死亡のとき> <input type="checkbox"/> 保険請求に係る他保険加入確認書〔様式：医第12号〕又は無保険期間申立書〔様式：医第28号〕

健康保険組合 受付欄	受付	審査	[1次]	[2次]	処理

健康保険組合 被保険者 家族 埋葬料(費)・家族埋葬料付加金 請求書

① 被保険者証記号番号		※被保険者(請求者)氏名		住 所	
1000		② 健保 花子 印		〒 999-9999 ③ 長野県長野市本町1-1-1 屋間連絡先 TEL(099) 999 - 9999	
1234567		平成24年4月10日		死亡の原因	
被扶養者が死亡した時	氏名	明治・大正・昭和・平成		被保険者との続柄	11:夫 12:妻 21:長男 22:次男 23:三男 31:長女 32:次女 33:三女 51:父 52:母 その他( )
	生年月日	年 月 日生			
	④ 被扶養認定後3ヶ月以内の死亡ですか	1. はい 2. いいえ			
被保険者が死亡した時	氏名	健保 太郎		⑦ 請求者との続柄	11:夫 12:妻 21:長男 22:次男 23:三男 31:長女 32:次女 33:三女 51:父 52:母 その他( )
	埋葬した年月日	平成 年 月 日			
	埋葬に要した費用(埋葬料費の時)	円			
	⑤ 被保険者と生計維持関係がありましたか	1. はい 2. いいえ			
⑥ 資格取得または資格喪失後3ヶ月以内の死亡ですか	1. はい 2. いいえ		業務(通勤)災害・準災害によるものですか ⑧	1. いいえ 2. はい	
			第三者の行為(交通事故等)によるものですか ⑨	1. いいえ 2. はい	

【被保険者が死亡したときは、請求者の振込先を記入して下さい】

⑩ 金融機関コード	支店コード	金融機関名	支店名
9999	999	健保銀行	長野支店
預金種別	口座番号	口座名義(カタカナ)	
① 普通 ② 当座	1234567	ケンポ ハナコ	

※被保険者(申請者)氏名欄の押印は被保険者(申請者)が自筆した場合および電子申請の場合は不要です。

添付資料	<input type="checkbox"/> 市区町村長の埋火葬許可証「写」、死亡診断書「写」、死体検案書又は検視調査「写」、戸籍謄本「写」のいずれか
	<被保険者により生計を維持していた者がいないため、埋葬を行った者が請求するとき>
	<input type="checkbox"/> 埋葬に要した費用の領収書及び内訳書「原本」
	<資格取得または被扶養認定後3ヶ月以内の死亡および資格喪失後3ヶ月以内の死亡のとき>
<input type="checkbox"/> 保険請求に係る他保険加入確認書【様式：医第12号】又は無保険期間申立書【様式：医第28号】	

処健保理組合	受付	審査	(1次)	(2次)	処理
--------	----	----	------	------	----

《被保険者(請求者)記入欄》

- ① 上段に記号(4ケタ) 下段に番号(7ケタ以下右づめ)を記入する。
- ② 被保険者若しくは任意継続被保険者(被保険者が死亡している場合は、相続人)の氏名を記入する。  
※ 被保険者(請求者)氏名欄の押印は、被保険者(請求者)が自署した場合は不要。
- ③ 自宅の住所、屋間連絡先を記入する。
- ④~⑨ 該当する番号を○で囲む。
- ⑩ 被保険者が死亡したときは、請求者の振込先を記入する。