

届書コード	処理区分	届書
306	12	

処理区分	1. 埋葬料 2. 埋葬費
------	------------------

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

○ 記入にあたっては裏面の記入上の注意をよく読んでください。

被保険者証の記号・番号		(4) 生 年 月 日			(5) 被扶養者番号	(7) 受取代理人	(8) 受付年月日					
(1) ※	(2) 000	(3) 000000	1: 明 3: 大 5: 昭 7: 平	年	月	日	※	0: 無 1: 有	※ 年 月 日			
(9) 被保険者(請求者)の氏名と印		(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎			事業所の(ア)名称	〇〇〇株式会社						
(11) 被保険者(請求者)の住所		(10) 郵便番号	00000000			(イ) 所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1					
(12) 死亡した年月日		平成	〇	年	〇	月	〇	日	(ウ) 死亡原因	心不全		
(13) 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	健保 愛子			(オ) 生年月日	明治 大正 昭和 平成	〇〇年	5月	1日	(カ) 被保険者との続柄	妻
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				(ク) 被保険者と請求者との身分関係			(ケ) 標準報酬月額	千円		
老人保健法の医療を受けていたとき		市 町 村 番 号			受 給 者 番 号			発 行 機 関 名				
(16) 法第69条の7被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)		円			※	(17) 調整減額コード	(18) 海外表示	0: 国内 1: 国外		(19) 特別支給コード	(備考)	
(コ) 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の						(サ) 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の						
保険者名			記号および番号									

死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成 年 月 日 死亡	死亡した原因
うえのとおり相違ないことを証明します。					
平成 年 月 日					
住 所					
事業主					
氏 名					
(印)					
電話 () 番					

支払金融機関の欄	(20) 支払区分	※ 1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	(22) 預金種別	1: 普通	〇〇	銀行	〇〇	本店
	(21) 金融機関コード	※	2: 当座 3: 通知 4: 別段			金庫		支店
	(23) 口座番号	00000000				農協		郵便局
			名義人氏名		健保 太郎			

受取代理人の欄	本請求にもとづく給付金に関する権限を代理人に委任します。							
	平成 年 月 日							
	被保険者住所				(請求者) 氏名			
(24) 代理人の氏名と印	(フリガナ)							(印)
(26) 代理人の住所	(25) 郵便番号	(フリガナ)						送信
	(26) 住所コード	※						

受 付 日 付 印

社 会 保 険 労 務 士 記 載 欄
(印)

届書コード	処理区分	届書
306	12	

処理区分	1. 埋葬料
	2. 埋葬費

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書

○ 記入にあたっては裏面の記入上の注意をよく読んでください。

被保険者証の記号・番号		(4) 生 年 月 日		(5) 被扶養者番号	(7) 受取代理人	送信	(8) 受付年月日			
(1) ※	(2) 000	(3) 000000	1:明 3:大 5:昭 7:平	00401	※		0:無 1:有	※	年 月 日	
(9) 被保険者(請求者)の氏名と印		(フリガナ) ケンボ アイコ 健保 愛子		事業所の(ア)名称	〇〇〇株式会社		(イ)所在地		〇〇県〇〇市〇〇町1	
(11) 被保険者(請求者)の住所		(10) 郵便番号	00000000	(フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ	電話番号		(000) 0000			
(12) 死亡した年月日		平成	〇年〇月〇日	(ウ) 死亡原因	心不全		(13) 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	明治 大正 昭和 平成	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	健保 太郎		(ク) 被保険者と請求者との身分関係	妻		(ケ) 標準報酬月額	千円	
		(14) 埋葬した年月日	平成	年 月 日	(15) 埋葬に要した費用の額	※	円			
老人保健法の医療を受けていたとき		市 町 村 番 号		受 給 者 番 号		発 行 機 関 名				
(16) 法第69条の7被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)		円		※	(17) 調整減額コード	(18) 海外表示	(19) 特別支給コード	(備考)		
						0:国内 1:国外				
(コ) 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の				(サ) 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の						
保険者名				記号および番号						

死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成	年 月 日	死亡した原因
うえのとおり相違ないことを証明します。						
平成 年 月 日						
住 所						
事業主						
氏 名						
電話 () 番						

(20) 支払区分	※ 1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	(22) 預金種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	〇〇	銀行	〇〇	本店
(21) 金融機関コード	※				金庫		支店
(23) 口座番号	00000000				農協		郵便局
				名義人氏名 健保 愛子			

受取代理人の欄	本請求にもとづく給付金に関する権限を代理人に委任します。							
	平成 年 月 日							
	被保険者 住所 (請求者) 氏名							
(24) 代理人の氏名と印	(フリガナ)						Ⓜ	
(26) 代理人の住所	(25) 郵便番号	(フリガナ)					送信	平成〇〇年〇〇月〇〇日提出
	(26) 住所コード	※						

受 付 日 付 印

社 会 保 険 労 務 士 記 載 欄
Ⓜ

〔記入上の注意〕

※印の欄は、記入しないでください。

標題の「被保険者」・「家族」の文字はいずれか該当する字句を○印で囲んでください。
なお、死亡した被保険者の被扶養者以外の者が埋葬を行ったことにより請求する場合は「料」の文字を抹消してください。

○被保険者が記入するところ

1. 保険者が死亡したための請求であるときは、(エ)、(オ)、(カ)の各欄および被扶養者が死亡したための請求であるときは、(キ)、(ク)の各欄は記載が不要となりますので斜線で抹消してください。
2. (4)、(13)、(オ)の欄は、該当する番号又は字句を○印で囲んでください。
3. (14)、(15)の欄は、死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行った者が請求するときは「該当せず」とし、その他の者が請求する場合は、必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳として、品名、数量、単価及び金額が明記してあること)を添付してください。
4. 死亡した原因が、第三者の行為によるものであるときは、「傷病原因届」をこの請求書に添付してください。
5. 証明書等が外国語で記載されている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名・住所等を記載したもの)を添付してください。
6. 訂正したときは、(9)欄に押印した印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。
7. 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。ただし、受取代理人がいる場合には、委任者及び受取代理人の押印が必要です。
8. 被保険者以外の方の押印は、省略することができません。

○事業主が記入するところ

1. 「死亡した者」欄は、該当字句を○印で囲んでください。
2. 訂正したときは、事業主の印を訂正した箇所に押印してください。

○「支払金融機関の欄」「受取代理人の欄」を記入するとき

1. (22)欄は、該当する番号を○印で囲んでください。また、(23)欄に被保険者(請求者)本人の口座番号を記入してください。
2. 受領を家族、事業主等へ委任する場合は、「受取代理人の欄」を記入押印し「支払金融機関の欄」には、受領受任者の口座番号を記入してください。