

届書コード	処理区分	届書	1.埋葬料
306	12		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

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	③	3	大	昭	年	月	日	※	0:無	1:有	※	年	月	日
⑨ 被保険者の(請求者) 氏名と印			事業所の ⑦ 名称			⑧ 所在地			送信						
被保険者の(請求者) 住所			⑩ 郵便番号			⑪ 住所コード						(電話番号)			
⑫ 死亡した年月日			令和 年 月 日			⑬ 死亡原因			⑭ 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、その方の			⑮ 被扶養者氏名			⑯ 生年月日			⑰ 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、その方の			⑱ 被保険者氏名			⑲ 被保険者と請求者との身分関係			⑳ 被保険者の標準報酬月額						
⑳ 埋葬年月日			令和 年 月 日			㉑ 埋葬に要した費用の額			㉒ 円						
老人保健法の医療を受けていたとき			㉓ 市(区)町村番号			㉔ 受給者番号			㉕ 発行機関名						
介護保険法のサービスを受けていたとき			㉖ 保険者番号			㉗ 被保険者番号			㉘ 保険者名称						
㉙ 日雇特例被保険者として支給を受けたときは、その額(調整減額)			㉚ 調整減額			㉛ 海外表示			㉜ 特別支給						
㉝ 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			㉞ 被扶養者が被保険者であった場合、その当時の被保険者証の			㉟ 保険者名、記号および番号			㊱ 備考						

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
※印欄は記入しないでください。

㊲ 死亡した者の氏名	㊳ 死亡した者 被保険者 被扶養者	㊴ 死亡した日	令和 年 月 日	死亡
㊵ 上のおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日	
事業主 住所 〒	事業主 氏名	㊶	電話 (局) 番	

㊷ 支払区分	※ 1:振込金 2:銀行送金 3:当地	預金種別	1:普通口座 2:当座 3:通知 4:別	㊸ 銀行 本店 支店
㊹ 金融機関コード	※			口座名義
㊺ 口座番号				

受取代理人の欄	㊻ 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 提出
	被保険者の住所 (申請者) 氏名			令和 年 月 日
	㊼ 代理人の氏名と印			㊽ 委任者と代理人の関係
	代理人の住所			送信

社会保険労務士の提出代行者印