① 保 険 証 記号番号	記号	② 被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の	(ア) 所属名	
	番号		(イ) 所在地	
③ 死亡した年月日	年 月 日	④ 死亡原因		
⑤ 被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア) 氏名	(イ) 埋葬した年月日	年 月 日	(ウ) 埋葬に要した費用
	(エ) 被保険者の(最後の)標準報酬月額	千円		(オ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係
⑥ 被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア) 氏名	(イ) 生年月日	年 月 日	(ウ) 被保険者との続柄
⑦ 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	
⑧ 備 考				

※任意継続、臨時社員の方は上記振込先を記入して下さい。それ以外の方は、給与第一口座に振り込まれるため不要です。
※マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用される方は、公金受取口座にチェックを入れて下さい。

⑨ 振込先	金融機関名			本支店名	
	預金種別	口座番号		口座名義 (カタカナ)	
	☐	公金受取口座（口座情報の反映には登録から数日を要します。）			

上記のとおり請求します。

年 月 日

⑩ 住所(住民票)

請求者の

⑫ 氏 名

健康保険組合理事長 殿

⑬ 委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。		
	年 月 日	請求した（被保険者・家族）埋葬料（費）・（被保険者・家族）埋葬料（費）付加金のうち金 円也の受領に関すること。		
	年 月 日	⑭ 住所(住民票)		
		請求者の		
		⑮ 氏 名		
		⑯ 住 所		
		代理人の		
		⑰ 氏 名		

※委任する場合は、公金受取口座を利用できません。

⑳ 振込先	金融機関名			本支店名	
	預金種別	口座番号		口座名義 (カタカナ)	

事業主の証明	㉑ 死亡した者の氏名			㉒ 死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡		
	うえのとおり相違ないことを証明します。				
	年 月 日	㉓ 住 所			
		事業主			
		㉔ 氏 名			

（添付書類）事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検視調査の写のいずれかを添付して下さい。