記 入 例（被扶養者死亡の場合）

支給決定額

健康保険組合				事業主（本社総務）		
常務理事	事務長	主任	担当			

資格取得(認定)日	昭和・平成・令和	年	月	日
資格喪失(消滅)日	昭和・平成・令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日

健康保険 被保険者 被扶養者 **埋葬料・埋葬費請求書**

＊太枠線内を記入してください

提出日 ②	令和 4 年 4 月 15 日		本人家族区分 ①	☐ 被保険者 ☑ 被扶養者	
③ 被保険者等記号・番号	2 0 8 1 2 3 4 5 6		請求者の氏名 ④	物流 太郎	
被保険者の事業所の名称	ロジスティード(株)		所属	本社 人事ｻｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰ TEL 03-6263-2813	
死亡した年月日	令和 4 年 4 月 6 日		死亡した原因 ⑤	急性心不全	
被保険者が死亡したとき（区分）	被保険者氏名		被保険者と請求者の身分関係		
	埋葬に要した費用		埋葬した年月日	令和 年 月 日	
被扶養者が死亡したとき	被扶養者氏名	物流 花子	被保険者との続柄	妻	
第三者行為に因る死亡ですか？ ⑥	☐ はい ☑ いいえ ⇒「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」をご提出ください				
《委任状》 被扶養者が死亡の場合のみ要記入	表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。 ⑦ 令和 4 年 4 月 15日 被保険者の氏名 物流 太郎 （印） 氏名を自署されても捺印は必要です。				
振込先金融機関 名称および金融機関・支店コード	銀行 支店 金融機関ｺｰﾄﾞ № 支店ｺｰﾄﾞ №		口座種別	☐ 普通 ☐ 当座	
振込先金融機関 口座番号	№	口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		

被保険者（請求者）の記入するところ

⑧ 死亡した者の氏名	物流 太郎	死亡した者	☑ 被保険者 ☐ 被扶養者	死亡した年月日	令和 4 年 4 月 6 日

事業主の証明

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 4 年 4 月 20日

所在地 東京都中央区京橋2-9-2
名称 ロジスティード株式会社 人事サービスセンター
代表者名 センター長 ○○ ○○
TEL 03-6263-2813

TEL （ ）

受付官印

【支給要件】
次の場合、この請求書を健康保険組合へ提出してください。
・被扶養者が死亡したとき

【支給額】
『埋葬料』・・・５万円

《 記入要領及び記入上の注意事項 》 … 左記帳票の番号と照合してください。

① 『被扶養者』に✔を付けてください。

② 事業所（または健保組合）に提出される日を記入してください。

③ 記号・番号はマイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書（旧保険証）のいずれかをよく確認の上、記入してください。

④ 被保険者の氏名を記入してください。

⑤ 死亡診断書の「 死亡原因 -(ア)直接死因 」に記載されている内容を記入してください。

⑥ 原因が交通事故等、第三者の行為に因るか否か「はい」「いいえ」に✔をつけてください。

※「はい」と回答された場合は、必ず「第三者行為による傷病届(HP参照)」を添付してください。

⑦ 給与に加算して給与支給口座へ支給しますので、その受領委任のため署名・捺印をしてください。

※氏名を自署されても押印は必要です。

⑧ 事業主が該当する者の死亡を証明出来るとき、記入してもらってください。

《 添付書類 》

1．死亡診断書 又は 埋葬許可証の写し

≪事業所健保担当者の方へのお願い≫

健保組合へ提出される前に…
① 本人記入欄（太枠線内）に記入もれや、誤りがないか
② 添付書類は揃っているか
③ 被保険者退職後に請求の場合は、システム上の本人給与口座情報画面を印刷して必ず添付してください。

以上をご確認頂いた上で、事業所担当者印を押印願います。

注）左記⑨は死亡の事実を証明出来る場合のみ作成してください。