

被保険者  
家族

埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金 請求書

請求者が記入するところ	保険証の記号番号	記号	番号	事業所名	
	被保険者氏名				
	請求者の氏名			被保険者との続柄	
	請求者の住所 電話番号	〒	—	電話番号 (平日昼間)	—
	死亡した者の氏名 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生		被保険者との続柄	
	死亡年月日	令和	年	月	日
	死亡の原因(傷病名等)				
	死亡の原因は第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい ⇒「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 <input type="checkbox"/> いいえ			
	介護保険法のサービスを受けていたとき	保険者番号..... 被保険者番号..... 保険者名称.....			
	振込口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 利用する場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。利用しない場合は下記の口座欄を記入してください。 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 請求者が被保険者又は被扶養者以外の場合は、公金受取口座を利用できません。			
請求者名義	.....銀行・信金・その他(.....) .....支店 普通預金 口座番号..... <sup>フリガナ</sup> 口座名義.....				
*被保険者が死亡し、生計維持関係のない方が埋葬(葬儀)を行ったときは、下記を記入して、領収書(埋葬を行った方のフルネームが記載されているもの)及びその内訳明細書の原本を添付してください。					
埋葬に要した費用	円		埋葬した年月日	令和 年 月 日	

※保険証の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

事業主の証明欄	死亡した者の氏名		死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者
	死亡した年月日	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被扶養者
	うえのとおり相違ないことを証明します。			
	事業所所在地		令和 年 月 日	
事業所名称				
事業主氏名				
電話		— —		