

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
------	------------------

健康保険被保険者家族埋葬料(費)請求書

◎裏面の記入上の注意をよく読んで記入して下さい。

被保険者証の記号・番号		① 生年月日	⑤ 被扶養者番号	⑦ 受取代理人	⑧ 受付年月日
83< 000006		1: 明 3: 大昭 300812		0: 無 1: 有	
③ 被保険者の氏名と印	(フリガナ) シノト 陽子 宮本 明夫	④ 氏名	⑥ 名称	株式会社 横川商事	
④ 被保険者の住所	④ 郵便番号 0000000 (フリガナ) イネカキクダヤイ ④ 住所コード	⑥ 所在地	茨城県 茨城 0-0-0		
⑨ 死亡した年月日	平成 17 年 2 月 19 日	⑩ 死亡原因	胃がん	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	④ 扶養者氏名 宮本 陽子	⑪ 死亡年月日	平成 30 年 12 月 19 日	⑫ 被保険者の続柄	専
被保険者が死亡した ための請求であるときは、 その者の	④ 被保険者氏名	⑭ 被保険者と請求者の 身分関係		⑮ 被保険者の標準報酬 月額	
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ときは、 その額(調整係数)		⑰ 調整係数 額コード	⑱ 海外表示 0: 国内 1: 海外	⑲ 特別支給 コード	(備考)
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	事業所の名称		所在地	健康保険証の 記号番号	
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					

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	宮本 陽子	死亡した者	被保険者	死亡した年月日	平成 17 年 2 月 19 日死亡
	うえのとおり相違ないことを証明します。			被扶養者	平成 17 年 3 月 1 日	
	事業主	住所	茨城県 茨城 0-0-0	氏名	株式会社 横川商事	電話 (0000局) 0000 番
				代表取締役	鈴木 一	

支払金融機関の欄	① 支払区分	1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	② 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	振込できるのは郵便局以外です
	③ 金融機関コード				銀行 本店 金庫 目路 支店 農協
	④ 口座番号	1234567	口座名義人	宮本 明夫	郵便局

受取代理人の欄	本請求に基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(請求者) 住所	氏名	
⑤ 代理人の氏名	(フリガナ)		
⑤ 代理人の住所	⑥ 郵便番号	(フリガナ)	
	⑥ 住所コード		

社労士 記載欄		会社番号	
------------	--	------	--