

健康保険家族（被扶養者）埋葬料請求書

① 家族埋葬料は、健康保険上の被扶養者が死亡した場合に給付されます。  
② 死亡に関する医師、若しくは市区町村長の証明は、請求書への記載にかえて、市区町村の埋（火）葬許可証の写し、死亡診断書の写し等でも結構です。  
③ 死亡が第三者の行為によるものであるときは、その具体的な状況を、⑩備考欄に記入して下さい。  
④ 医師等の死亡に関する証明書が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等記載したもの）を添付して下さい。

|                                                                     |                                             |    |                         |   |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----|-------------------------|---|
| ①<br>被 保 険 者 等<br>記 号 ・ 番 号                                         | 記号                                          | 番号 | ②<br>事業所<br>名 称         |   |
|                                                                     | 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください<br><div></div> |    |                         |   |
| ③<br>被 保 険 者 の 氏 名                                                  |                                             |    | ④<br>住 所                | 〒 |
| ⑤<br>死亡した者の氏名                                                       |                                             |    | ⑥<br>被 保 険 者<br>と の 続 柄 |   |
|                                                                     | 年 月 日生                                      |    |                         |   |
| ⑦<br>死亡の年月日                                                         | 令 和 年 月 日                                   |    | ⑧<br>死亡の原因              |   |
| ⑨<br>死亡が第三者の行為によるものであるときは、<br>その事実、第三者の住所、氏名<br>(住所、氏名が不詳であるときはその旨) |                                             |    |                         |   |
| ⑩<br>備 考                                                            |                                             |    |                         |   |

静岡県トラック運送健康保険組合

|                                                                  |              |          |              |                       |     |
|------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------------|-----------------------|-----|
| 死亡に関する医師若しくは市区町村長の証明                                             |              |          |              |                       |     |
| ⑪<br>死 亡 者 の 氏 名                                                 |              | ⑫<br>性 別 | 男 ・ 女        | ⑬<br>年 齢              | 満 歳 |
| ⑭<br>死亡年月日時分                                                     | 令和 年 月 日 時 分 |          | ⑮<br>死亡の原因   |                       |     |
| ⑯<br>死亡の種類                                                       | 1. 病死及び自然死   |          | ⑰<br>死 亡 場 所 | 県 市区 町 村 番地           |     |
|                                                                  | 2. 外因死 ( )   |          |              | 1 病院 2 診療所 3 自宅 4 その他 |     |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>令和 年 月 日<br>証 明 者 職 名 及 び<br>住 所 氏 名<br>印 |              |          |              |                       |     |

|        |                   |            |
|--------|-------------------|------------|
| 受領委任の欄 | 本請求に基づく給付金の受領を    | 令和 年 月 日提出 |
|        | 事業所所在地            | 受付日付印      |
|        | 事業所名称             |            |
|        | 氏 名 ..... に委任します。 |            |
|        | 令和 年 月 日          |            |
|        | 被保険者の氏名<br>.....  |            |

(払渡希望銀行)