

◆届出書の記載例

(株)健保の従業員が死亡した場合

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

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		④ 生 年 月 日		⑤ 被扶養者番号	⑦ 受取代理人	送信	⑧ 受付年月日			
	① ○	②	③	1: 明 3: 大 5: 昭 7: 平	年	月		日	0: 無 1: 有	年	月
	⑨ 被保険者の(請求者)氏名と印		(フリガナ) ケンポ アケミ 健保 明美			⑦ 名称	株式会社 健保				
	⑩ 被保険者の(請求者)住所		⑩ 郵便番号	⑩ 住所		⑦ 所在地	新宿区新宿 2-3-4				
			⑩ 郵便番号	⑩ 住所							
			⑩ 郵便番号	⑩ 住所							
	⑫ 死亡した年月日		平成	17	08	10	⑬ 死亡原因	脳出血		⑭ 第三者の行為によるものですか ①: 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		⑭ 被扶養者氏名			⑮ 明治大正昭和平成	年	月	日	⑯ 被保険者との続柄	
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の		⑰ 被保険者氏名	健保 二郎		⑰ 被保険者と請求者との身分関係	妻		⑱ 被保険者の標準報酬月額	300	
			⑲ 埋葬した年月日	平成	17	08	11	⑲ 埋葬に要した費用の額			
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					
⑲ 法第3条第2項被保険者として支給を受けたときは、その額(調整減額)		円		⑳ 調整減額コード		㉑ 海外表示		㉒ 特別支給コード			
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		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		円		円		円			
保険者名、記号および番号											

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	健保 二郎	死亡した者	被保険者	死亡した年月日	平成 17 年 8 月 10 日死亡
	うえのとおり相違ないことを証明します。		平成 17 年 8 月 18 日			
事業主		住所	新宿区新宿 2-3-4			
氏名		株式会社 健保 健保 茂		電話 (局)	番	

支払金融機関の欄	⑳ 支払区分	1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	㉑ 預金種別	①: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	銀行	本店
	㉒ 金融機関コード				金庫	支店
	㉓ 口座番号	123456			農協	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					
	㉔ 代理人の氏名	(フリガナ)			平成17年8月18日提出	
	㉕ 代理人の住所	⑳ 郵便番号	(フリガナ)			受付日付印
	㉖ 住所コード				送信	