

# [記入例1]

## 社員ご本人（被保険者）が亡くなられ、ご家族の方が埋葬料の請求をされる場合

- 注) 1. 記入間違いの際は、2重線を引き訂正印を押印の上、修正して下さい。  
 2. 本請求書は、必ず事業主（本籍会社）の人事部門へご提出下さい。  
 （なお、U A LについてはBIPROGY人事部門となります。）

法定 付加	田							
◎請求 一、こ、こ、こ 二、こ、こ、こ 三、こ、こ、こ 四、こ、こ、こ 五、こ、こ、こ		被保険者 家族			埋葬料 埋葬料付加金		請求書	
保険証に印字されている記号・番号を記入		被保険者証の 記号・番号	記号 101	番号 123456	事業所の 名称	BIPROGY株式会社		
保険証に印字されている資格取得年月日を記入		資格取得 年月日	昭平令 21年 4月 1日		死亡 年月日	令和 3年 10月 14日		
亡くなられた日の翌日を記入		資格喪失 年月日	令和 3年 10月 15日		埋葬 年月日	令和 3年 10月 16日		
亡くなられた被保険者の情報を記入		死亡した被 保険者の氏名 ・生年月日	豊洲 太郎 昭平令 40年 ●月 ●日		死亡した 原因	●●病		
請求者との続柄		被保険者と埋葬 した者との続柄	妻		*埋葬に要 した費用	ケースにより記入必要 円		
死亡した被扶養者の氏名・生年月日		(氏名)		昭和		記入不要		
死亡原因が第三者の行為の場合は、その事実並びに住所・氏名		上記の通り相違ないことを証明します		令和		<case1>被扶養者（配偶者含む）の方からの請求の場合 →記入不要  <case2>case1以外の家族の方からの請求の場合 →添付する領収書の額 ※10万円以上の領収書（10万円未満しかない場合、その領収書）の添付が別途必要 ※領収書返却希望の場合、その旨をメモ等でお知らせ下さい。 ※領収書の宛名と本請求書の請求者名は同一にして下さい。		
死亡に関する業主の証明		事業主(又は代理人)		事業主記入欄				
上記のとおり請求します		令和 3年 10月 20日		BIPROGY健康保険組合 御中		事業主へ提出する日を記入 記入不要 請求者の住所等を記入 捺印も忘れずに (シャチハタ可)		
請求者が希望する振込先口座を記入		上記金額受領方を に委任します		請求者 〒 123-4567 住所 東京都江東区豊洲1-2-3 氏名 豊洲 花子 電話 03-4567-8910		請求者が希望する振込先口座を記入 *振込希望口座 ●● 銀行 ●● 支店 普通当座 NO. ▲▲▲▲▲▲ 口座名義(カナ) タナカ ハナコ		

# [記入例2]

## 特例退職・任意継続の被保険者が亡くなられ、ご家族の方が埋葬料の請求をされる場合

- 注) 1. 記入間違いの際は、2重線を引き訂正印を押印の上、修正して下さい。  
 2. 本請求書の他に、死亡診断書、埋葬許可証、又は戸籍謄本等公的な証明書類(写し可)を添付の上、健保組合へご提出下さい。

法定 付加	円									
被保険者		“被保険者”に○をつける								
<b>埋葬料請求書</b>										
特例退職か任意継続のいずれか該当する方を記入										
① 請求者 五、四、三、二、一、 *、こ、こ、こ	被保険者証の 記号・番号	記号 701 番号 123456	事業所の 名称	特例退職						亡くなられた日 を記入
保険証に印字されて いる記号・番号を記入	資格取得 年月日	昭(平)令 21年 4月 1日	死亡 年月日	令和 3年 10月 14日						葬儀を行った 日を記入
保険証に印字されて いる資格取得年月日 を記入	資格喪失 年月日	令和 3年 10月 15日	埋葬 年月日	令和 3年 10月 16日						死亡された理由 を記入
亡くなられた日の翌 日を記入	死亡した被保 険者の氏名	豊洲 太郎		●●病						死亡された理由 を記入
亡くなられた被保 険者の情報を記入	・生年月日	昭(平)令 40年 ●月 ●日		*埋葬に要 した費用						ケースにより記入必要
請求者との続柄	被保険者と埋葬 した者との続柄	妻								
死亡した被扶養者 の氏名・生年月日	(氏名)	記入不要								
死亡原因が第三 者の行為の場合は その事実並びに 住所・氏名	上記の通り相違ないことを証明します	令和								
<第三者行為の場合> →その詳細及び相手の住 所・氏名を記入	事業主(又は代理人) 住所 氏名									
<上記以外> →記入不要	上記のとおり請求します	令和 3年 10月 20日								
い合す は、 「家族」を○で囲んで下さい	BIPROGY健康保険組合 御中	健保組合へ提出する 日を記入								
	上記金額受領方を	に委任します								
	請求者	〒 123-4567		記入不要						
	住所	東京都江東区豊洲1-2-3								
	氏名	豊洲 花子		請求者の住所等を 記入 捺印も忘れずに (シャチハタ可)						
	電話	03-4567-8910								
請求者が希望する振 込先口座を記入	*振込希望口座	●● 銀行 ●● 支店								
	普通当座	NO. ▲▲▲▲▲▲		口座名義(カナ) タナカ ハナコ						
	(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)									

# [記入例3]

## 被扶養者が亡くなられ、被保険者から埋葬料の請求をされる場合

- 注) 1. 記入間違いの際は、2重線を引き訂正印を押印の上、修正して下さい。  
 2. 被保険者が社員の場合は、事業主（本籍会社）の人事部門へご提出下さい。  
 →本請求書は必ず事業主（本籍会社）の人事部門へご提出下さい。  
 （なお、U・A・LについてはBIPROGY人事部門となります。）  
 3. 被保険者が特例退職か任意継続の場合  
 →本請求書の他に、死亡診断書、埋葬許可証、又は戸籍謄本等公的な証明書類（写し可）を添付の上、健保組合へご提出下さい。

"家族"に○をつける		被保険者 <b>家 族</b>	埋 葬 料 埋葬料付加金		請 求 者 BIPROGY株式会社
保険証に印字されている記号・番号を記入	被保険者証の 記号・番号	記号 701	番号 123456	事業所の 名 称	BIPROGY株式会社
保険証に印字されている資格取得年月日を記入	資格取得 年 月 日	昭 <b>平</b> ・令 21年 4月 1日	死 亡 日	令和 3年 10月 14日	亡くなられた日 を記入
亡くなられた日の翌日を記入	資格喪失 年 月 日	令和 3年 10月 15日	埋 葬 日	令和 3年 10月 16日	葬儀を行った 日を記入
死亡した被 保険者の氏名 ・生年月日	死亡した被保 険者の氏名	記入不要		死亡した 原 因	●●病
	被保険者と埋葬 した者との続柄	記入不要		*埋葬に要 した費用	記入不要 円
死亡した被扶養者 の氏名・生年月日	死亡した被扶養者 の氏名・生年月日	（氏 名） 豊洲 花子	昭和 平成 40年 ●月 ●日 令和	被保険者 との続柄	妻
死亡原因が第三 者の行為の場合は その事実並びに 住所・氏名	死亡原因が第三 者の行為の場合は その事実並びに 住所・氏名	上記の通り相違ないことを証明します		請求者との続柄	
死亡に関する 事業主の証明	死亡に関する 事業主の証明	令和 年 月 日			
上記のとおり請求します		令和 3年 10月 20日			
BIPROGY健康保険組合 御中		BIPROGY株式会社			
請求者 〒 123-4567		請求者 〒 123-4567			
住所 東京都江東区豊洲1-2-3		住所 東京都江東区豊洲1-2-3			
氏名 豊洲 花子		氏名 豊洲 花子			
電話 03-4567-8910		電話 03-4567-8910			
振込希望口座 普通・当座 NO.		振込希望口座 普通・当座 NO.			
銀行 支店		銀行 支店			
口座名義(カナ)		口座名義(カナ)			

・請求者が社員の場合  
→本籍会社名を記入  
・請求者が特例退職か任意継続の場合  
→いずれか該当する方を記入

亡くなられた日  
を記入

葬儀を行った  
日を記入

亡くなられた  
理由を記入

死亡した被  
保険者の氏名  
・生年月日

死亡した被扶養者  
の氏名・生年月日

死亡原因が第三  
者の行為の場合は  
その事実並びに  
住所・氏名

死亡に関する  
事業主の証明

<第三者行為の場合>  
→その詳細及び相手の住  
所・氏名を記入

<上記以外>  
→記入不要

<請求者が社員の場合>  
→本籍会社名を記入

<請求者が特例退職か  
任意継続の場合>  
→記入不要

<請求者が社員の場合>  
→記入不要

<請求者が特例退職か  
任意継続の場合>  
→保険料引落口座を記入

請求者が社員の場合、事業主にて記入。  
請求者が特例退職か任意継続の場合、記入不要。

<請求者が社員の場合>  
→事業主へ提出する日を記入

<請求者が特例退職か任意継続の場合>  
→健保組合へ提出する日を記入

請求者の住所等を  
記入  
捺印も忘れずに  
(シャチハタ可)

得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。