健康保険　被保険者
被扶養者　埋葬料(費) 請求書

令和　年　月　日提出

被保険者（請求者）の記入欄

被保険者証記号番号		事業所の名称	所属	
—			TEL	
被保険者 (請求者) の氏名		住所	〒	
		電話	(　　)	
死亡した 年月日	令和　年　月　日		死亡原因(病名)	
被扶養者が死亡したとき 被扶養者氏名			被保険者との続柄	
被保険者が死亡したとき 被保険者氏名			被保険者と請求者 との身分関係	
第三者の行為によるものですか		いいえ　・　はい		
第三者の行為によるものであるときは、 その事実、第三者の住所および氏名 （別途、第三者行為による傷病届を提出）				

振込先の確認

本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。(確認後□にチェック[✓]を付けてください。)

□ 在職者:事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み
　 任意継続者:資格取得申請書に記載された振込口座

※上記振込先ではなく、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合　⇒　□(チェック[✓]してください)

武田薬品健康保険組合

＜留意事項＞

◎公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。
　登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。

〈添付書類〉

１．死亡診断書又は埋火葬許可証（何れも写しで可）。

２．任意継続の場合で死亡した被保険者の認定外家族が請求する場合は、戸籍謄本または抄本（写し可）。