※ 訂正する場合は、二重線を引き捺印欄に使用した印で訂正してください。
※ 記入欄⑦の「埋葬した年月日」と「埋葬に要した費用の額」は被保険者と生計維持関係がない方のみ記入。
「埋葬した年月日」はお葬式の日、もしくは火葬、土葬した日をご記入ください。
「埋葬に要した費用」とは、埋葬に直接かかった実費額（霊柩代、火葬料、僧侶謝礼、祭壇一式料費等）をさし、飲食などの接待費用は含まれません。

被扶養者が亡くなった場合

被保険者
被扶養者

埋葬料(費)(付加金)請求書

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合

被保険者が記入するところ

①被保険者等記号・番号	記号 ○	番号 ○○○	②被保険者の氏名	健保　康夫	
③請求者の氏名と住所	フリガナ ｹﾝﾎﾟ ﾔｽｵ 氏名 健保　康夫		住所	〒 ○○○ ― ○○○○ 東京都○○区○○ ○○-○	
④死亡した年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	⑤死亡原因	心筋梗塞	⑥第三者行為によるものですか	□は　い ■いいえ
⑦被保険者が死亡したための請求である時はその者の	フリガナ 氏名 記入不要		埋葬した年月日	令和 記入不要 日	
	埋葬に要した費用の額 記入不要 円		死亡した被保険者と請求者との身分関係	記入不要	
⑧被扶養者が死亡したための請求である時はその者の	フリガナ ｹﾝﾎﾟ ﾊﾅｺ 氏名 健保　花子		生年月日	■昭和 □平成 □令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ 日	被保険者との続柄 母
⑨振込先被保険者名義の口座を指定	銀行名 ○○銀行	金融コード ○ ○ ○ ○	口座名義	カタカナで記入 ケ ン ホ ° ヤ ス オ	
	支店名 ○○支店	支店コード ○ ○ ○	預金種別	普通	
	口座番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		⑩提出日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	

事業主が証明する欄

⑪死亡した者の氏名		⑫死亡した者	□被保険者 □被扶養者	⑬死亡した年 月 日	令和　年　月　日

⑭うえのとおり相違ない事を証明します。

令和　年　月　日

住　所

事業所名

氏　名

受付日付印

注）・事実確認のために下記の書類の何れか一点（写で可）をご提出いただくことがあります。
埋葬許可証・火葬許可証・死亡診断書・死体検案書
・請求権の確認のために下記の書類(写し可)をご提出いただくことがあります。
除籍謄本