

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

※自署の場合、押印は必要ありません

被保険者情報	被保険者証 記号	番号	事業所名称	
	氏名	Ⓜ	生年月日	昭・平 年 月 日
	住所 電話番号	〒	—	電話番号(日中の連絡先) ()

- ▶ 被保険者が亡くなられた場合であっても、「被保険者証記号・番号」「生年月日」「事業所名称」は被保険者の情報をご記入ください。
- ▶ 「氏名」「住所」「電話番号」「振込先」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

申請内容	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	亡くなられた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 ▶ ①へ <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ▶ ②へ				
	① 被保険者	被保険者からみた申請者との身分関係	葬祭した年月日	令和 年 月 日	葬祭に要した費用の額	万円
	② 家族	その方の氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	

※ 死亡の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

事業主証明欄	亡くなられた方の氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日
	所在地			
	事業所名称			
事業主氏名	Ⓜ	TEL	()	

※ 事業主の証明を受けられない場合は、この申請書に市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書のいずれかの写しを添付してください。
※ 事業所名称・事業主名等を自署又はゴム印の場合は会社印は必要ありません。

委任状	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人(事業主)	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	

※ 事業主へ委任する場合は事業所経由で提出してください。 ※ 代理人が事業主以外の場合は、別に添付書類が必要となります。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義(カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)		

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄