

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	( )		
	事業所名称	提出委任		<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				

▶ 被保険者が亡くなられた場合の申請⇒「被保険者証記号・番号」「生年月日」「事業所名称」は亡くなられた被保険者の情報を、「氏名」「住所」「電話番号」「振込先」については実際に申請される方の情報を記入してください。

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( )			
	支店名	支店・本店・出張所 その他( )	口座番号				
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分		被保険者(申請者)・代理人			

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 被保険者と代理人はそれぞれ本人が記入してください。	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 (口座名義人)	住所	氏名			
				被保険者との関係( )			

申請内容	死亡年月日	令和	年	月	日	死亡原因	工作中、通勤途中、第三者行為 のいずれかによるものですか ※	はい・いいえ	
	亡くなられた方の	氏名	加入区分		<input type="checkbox"/> 被保険者 ▶ ①△ <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ▶ ②△				
	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	円
	② 家族	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄		

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	( )			

- ※ 添付書類が必要な場合があります。必ず記入例をご確認ください。
- ※ 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(写)、火葬許可証(写)、死亡診断書(写)のいずれかを添付してください。
- ※ 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。
- ※ 死亡の原因が第三者行為以外の負傷(ケガ)による場合、「負傷原因届」のご提出をお願いすることがあります。

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄