

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

申請者情報	被保険者証	記号 ○○○○ 番号 ○○○○	生年月日	昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	被保険者（請求者）氏名	(フリガナ) ケンポ ○○ 健保 ○○	事業所名称	○○○株式会社
	住所	〒 ○○○ - ○○○○ ○○ 都：道 府 県 ○○市○○ ○○マンション	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	平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	死亡原因	心筋梗塞	第三者行為によるものですか ※	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
	亡くなられた方	<input checked="" 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	妻	葬祭した年月日	平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	葬祭に要した費用の額
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	健保 ○○	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	平・令 ○ 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	○○県○○市○○			
	事業所名称	○○○株式会社			
事業主氏名	○○ ○○	TEL	○○ (○○) ○○○○		

受取金融機関の欄	銀行コード	○○○○	○○銀行
	銀行名		
	店番号	○○○	○○支店
	支店名		
	種類	普通・当座	
	口座番号	○○○○○○○○○○	
フリガナ	○○ ○○		
口座名義	○○ ○○		

委任状	上記請求金額の受領を	に委任します。		
	令和 年 月 日			
	被保険者氏名			

個人振込を希望される場合は、被保険者(申請者)の口座をご記入ください。(委任状は不要です)
ゆうちょ銀行の場合は、口座番号欄にご通帳の記号番号を記入してください。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

○事業主の証明を受けられない場合は、この申請書に埋葬許可証、死亡診断書など死亡年月日が確認できる書類(写)
○被保険者または被扶養者ではないかたの申請については埋葬に要した費用を証明する領収書(原本)等
○被扶養者以外の者が申請する場合は、住民票等の生計維持関係を証明できる書類