

# 健康保険 被保険者 埋葬料（費）支給申請書 家族

被保険者情報	①被保険者証	記号	番号	②事業所名称	
	③氏名 (申請者)	(フリガナ)	(押印不要)	④生年月日	昭・平・令 年 月 日
	⑤住所	〒	—	⑥電話番号 (日中の連絡先)	( )
				⑦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✓)

- ▶ 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。

振込先	⑧金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	コード番号	⑨預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他( )
	⑪口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他( )	コード番号	⑩口座番号	
	⑬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。)			
			⑫口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人	

委任状	⑭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
	⑮代理人 (口座名義人)	氏名	
口座名義が代理人の場合にご記入ください。		住所	
		氏名	被保険者との関係( )

申請内容	⑯死亡年月日	平・令 年 月 日	⑰死亡原因		⑱第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	⑲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	平・令 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	
	⑳確認事項	※以下のいずれかに該当する場合 ③へ追記してください。 当組合の被保険者資格喪失後、3か月以内に死亡した場合▶③へ現在加入している保険者名(組合名)等をご記入ください。 他組合の被保険者資格喪失後、当組合の被保険者や被扶養者となつてから、3ヶ月以内に死亡した場合▶③へ当組合加入前の保険者名(組合名)等をご記入ください。				
㉑喪失前後	保険者名	記号	番号	氏名	続柄	

※ 死亡の原因が第三者の行為による場合は、健康保険組合にご連絡(03-3843-1457)ください。

事業主証明欄	㉒亡くなられた方の氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	㉓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			
	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、検視調書のいずれか1つの写しを添付してください。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄