

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

健 保 記 入 欄	支給決定額	<input type="text"/>	伺年月日	令和	年	月	日		
	支給 内訳	法定	<input type="text"/>	常務理事	事務長		担当者		
		付加	<input type="text"/>						
資格取得	昭・平・令	年	月	日	資格喪失	令和	年	月	日

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	被保険者等の	記号	番号	生年月日		
	申請者氏名	(フリガナ)	被保険者が勤務している(勤務していた)事業所名称			
	住所	(〒 -)	都	道	府	県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

※「振込先指定口座」または「受取代理人の欄」のどちらかを選んで記入して下さい。

振 込 先 指 定 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	口座名義	(フリガナ)	金融機関 名称	銀行 労金 本店 農協 信金 支店	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座	口座番号	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日				
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	代理人の事業所(工場)又は住所 代理人の氏名				

- 訂正は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください
- 被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄にご記入ください
マイナンバーを記載した場合は、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

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

202412改訂

受付日付印

備考

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者氏名

申請内容	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因	
	埋葬年月日	令和 年 月 日	埋葬費用	
	死亡の原因は 第三者の行為によるものか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合は別途届出が必要です。)			
	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき			
ご家族の氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者との続柄
●被保険者が死亡したための申請であるとき				
被保険者の氏名		被保険者との続柄※1		

※1. 「被保険者埋葬料」の申請者が、健康保険上の被扶養者ではないが、故人によって生計を維持していた場合に、第三者(民生委員、町内会長、事業主、社会保険委員など)から、「生計維持に関する証明」を受けてください。

事業主証明欄	氏名		被保険者・被扶養者の別		死亡年月日	
	死亡した方の		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		令和 年 月 日	死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。			令和 年 月 日		
	事業所所在地					
	事業所名称					
事業主氏名		TEL	()			

生計維持に関する証明	この埋葬料の請求者(氏名) _____ は、亡被保険者とは※1に記載の身分関係に相違なく、かつ、その者によって生計を維持していたことを証明します。					
	令和 年 月 日					
	証明者 住所				TEL	()
	職氏名					

※証明欄の訂正は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押してください。