

健康保険被保険者家族埋葬料（費）支給申請書

申請者情報	被保険者等	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								

▶ 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・印」「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	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・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)

受取代理人の欄	受取代理人欄は、「給付金受領責任者口座設置届」にて届出されている方の署名をお願いいたします。	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
		受取代理人	住所				
			氏名	被保険者との関係()			

申請内容	死亡年月日	平・令	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	☐ 被保険者 ▶ ①へ ☐ 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	

※ 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	☐ 被保険者 ☐ 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。							
	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が写しを添付してください。

※ 死亡原因が外傷、事故死、自殺などの場合は事業主証明があっても、死亡診断書の写しを添付してください。

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄