

※欄は記入しないでください

※支給決定伺	資格	取得	昭平令	年	月	日	支給決定日	令	年	月	日	常務理事	
		喪失	令	年	月	日	支払年月日	令	年	月	日		
	支給決定額						円	死亡日	令	年	月	日	担当

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

1 2
被保険者(申請者)記入用

◎訂正箇所は二重線で抹消し、正しい内容と訂正者の氏名(フルネーム)をご記入ください。

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	事業所の名称	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏名	(フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	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 <input checked="" type="checkbox"/>)							

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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>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、区分2.に○をつけ受取代理人の欄に記入してください。</small>						
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>			
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 <small>濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。</small>					口座名義の区分	1. 申請者 2. 代理人

※2 受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	令和 年 月 日 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。 氏名		
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL ()	委任者と 代理人との 関係

※「2」の場合は必ずご記入ください。
受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用することはできません。

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

◎ 被保険者の埋葬料支給申請の場合

「被保険者証の記号・番号」と「生年月日」は、被保険者の情報をご記入ください。
「氏名」「住所」「電話番号」「振込先指定口座」は、実際申請される方の情報をご記入ください。

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名

申請内容	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか □ はい □ いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。
	死亡した方の 令和 年 月 日		
	●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 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	被保険者との続柄
亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。		保険者名	
		記号・番号	
●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	被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬した年月日	令和 年 月 日
埋葬に要した費用の額	法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額)		円
亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。		保険者名	
		記号・番号	

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	被保険者 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。		
	事業所所在地	令和 年 月 日	
	事業所名称		
事業主氏名	TEL ()		

(注1) 被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者により生計維持されていなかった方が申請する場合、必ずご記入ください。上記以外で、埋葬した場合は記入の必要はありません。

- 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合⇒添付書類不要
被扶養者が亡くなった場合⇒添付書類不要
- 被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方が申請する場合
⇒住民票(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの)
⇒住居が別の場合は、生計維持が確認できる次の書類を添付してください。
◎定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金書留封筒のコピーなど
◎亡くなった被保険者が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書のコピーなど
- 上記(1)(2)の人がいない場合で、実際に埋葬を行った方が埋葬費を申請する場合
⇒埋葬に要した費用額が記載された領収書の原本、埋葬に要した費用の明細書(支払った方のフルネームが記載されているもの)
- 事業主の証明を受けられない場合/任意継続被保険者(被扶養者)が亡くなった場合
⇒死亡が確認できる次の書類のいずれかを必ず添付してください。
◎埋葬許可証または火葬許可証のコピー
◎死亡診断書のコピー
◎亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本の原本
◎除籍されていることがわかる住民票の原本

2/2

※死亡が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」をこの申請書に添付してください。