

健康保険 被保険者 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金支給申請書

家 族

被保険者情報	① 被保険者証 記号	番号	
	② 氏 名	(フリガナ)	③ 生年月日 昭・平・令 年 月 日
	④ 住 所	〒 ー 都・道 府・県	⑤ 電話番号 () ※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。
	⑥ 事業所	名称 電話番号 ()	所在地
		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✓)

※ 被保険者が亡なられた場合であっても、「被保険者証記号・番号」、「生年月日」並びに「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」並びに「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	⑧ 死亡年月日	令和 年 月 日	⑨ 死亡原因		⑩ 第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	⑪ 亡なられた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 → ⑫へ	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) → ⑬へ			
	⑫ 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	令和 年 月 日	葬祭に要した費用の額	万円
	⑬ 家族(被扶養者)	その方の氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	

※ 傷病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。

※ 子である被扶養者が亡なられた場合の続柄は、「長男」、「長女」、「二男」、「二女」等詳しくご記入ください。

振込希望口座	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()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号
			口座名義区分	被保険者・代理人

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

事業主証明欄	亡なられた方の氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	令和 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、仮想許可証、死亡診断書、死体検案書のいずれか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	
-------------------	--