健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

被保険者情報	被保険者等記号・番号	記号　　番号	事業所名称	
	氏名	（フリガナ） （押印不要）	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	住所	〒　　－	電話番号（日中の連絡先）	（　　）
			提出委任	☐ 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、「被保険者等記号・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	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）　☐ 代理人
	公金受取口座	☐ 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。）		

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 氏名
		代理人（口座名義人）	住所 氏名　　被保険者との関係（　　）

申請内容	死亡年月日	令和　　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	令和　　年　　月　　日	葬祭に要した費用の額　　万円
	② 家族（被扶養者）	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	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（被保険者等記号・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	

全国信用保証協会 健康保険組合

（令6.11）