

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

この申請には添付書類が必要な場合があります。添付書類につきましては記入例をご確認ください。

申請者情報	被保険者	記号	番号		
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
		住所	〒	—	都・道 府・県
	事業所名称			電話番号 (日中の連絡先)	( )
				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✓)

- ▶ 被保険者が亡くなられた場合であっても、「被保険者記号・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( )
	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(申請者)・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( )	

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	<input type="checkbox"/> 被保険者 ▶ ①へ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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。			令和 年 月 日
	所在地			
	事業所名称			
事業主氏名		TEL	( )	

送付先	この給付金の支払通知書は		(〒 — )
	<input type="checkbox"/>	1. 事業所に 2. 自宅に 3. その他に	送付してほしい
		その他の住所	

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄
-----------------------