

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	記号	番号	マイナンバー (記号番号が分からない場合は記入)			
	氏名	(フリガナ)			生年月日	昭・平・令	年 月 日
	住 所	〒 ー 都・道 府・県					
	事業所名称				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		

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	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	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。			
	所在地			
	事業主氏名 TEL ()			

※ 事業主証明欄の訂正については、証明者の訂正であると確認できない場合(改ざんの可能性)も想定されます。
そのため、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

※ 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。

注:記入漏れ等があった場合は、返戻させていただきます。必ず記入漏れ等がないことをご確認のうえご申請ください。

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄
