

健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書
家 族

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	記号		番号		会社名						
	氏名 ※1 (申請者)	(フリガナ)			(印)	生年月日 ※2	昭和・平成	年	月	日	
	住所	(〒 —)				電話番号	自宅	()			
						連絡先	携帯	()			
	死亡した 年月日	令和	年	月	日	死亡原因					第三者の行為 によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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	フリガナ			被保険者 との続柄 ()	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	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	フリガナ			被保険者と 申請者との 身分関係 ()	埋葬した年月日 ※3				
令和 年 月 日											
埋葬に要した費用の額 ※3											
円											

振 込 先 口 座	被保険者名義の 金融機関名 ※1		銀行・信金 信組・農協				本店・支店 出張所			
	預金 種別	普通・当座	口座 番号				口座 名義 カタカナ			

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

事 業 主 証 明 欄	死亡した方 の 氏 名			死亡した者		死亡年月日					
					<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 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します										
	事業所所在地		令和		年		月		日		
事業所名称											
事業主氏名				(印)		電話		()			

※ 注意事項をご覧ください

埋葬料(費)支給申請書の注意事項

※1 氏名(申請者)、振込先口座

被保険者が死亡したための申請の場合は、申請される方の氏名、住所、電話番号、振込先口座をご記入ください

※2 生年月日

被保険者が死亡したための申請の場合も、被保険者の生年月日をご記入ください

以下に当てはまる場合に添付書類をご用意ください

死亡原因が負傷による場合	「負傷原因届」
死亡原因の負傷が第三者の行為による場合	「第三者行為による傷病届」
<埋葬料> 被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持されていた被扶養者以外の方が申請する場合	●生計維持を確認できる書類 ・世帯全員の住民票 ・除票
※3 <埋葬費> 被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持されていた方がいない場合で、実際に埋葬を行なった方が申請する場合	・領収書の原本 (支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用額が記載されているもの) ・埋葬に要した費用の明細書
●任意継続被保険者(被扶養者)が亡くなった場合	・死亡診断書、死体検案書または検視調書のコピー ・住民票 ・除票