

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

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

- ▶ 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」「事業所名称」は被保険者の情報をご記入ください。
- ▶ 「氏名・印」「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	<input type="checkbox"/> 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・印	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	
	亡なられた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 ▶ ①△ <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ▶ ②△							
	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。						
	所在地						
	事業所名称						
事業主氏名							
 TEL ()							

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄