

支給額		円	資格取得日	年	月	日
			資格喪失日	年	月	日
支給内訳	埋葬料	円	埋葬費	円		
	埋葬料附加金	円	埋葬費附加金	円		

健康保険

# 埋葬料(費)支給申請書

1 2  
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	住所	(〒 - )	都(道) 府(県)				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	ゆうちょ 記号-番号	左づめでご記入ください。	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分

「2」の場合は必ず記入下さい。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 - ) TEL ( )	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
		住所 (フリガナ) _____	委任者と 代理人との 関係
		氏名・印	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

1 2  
被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名

申請内容	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
	死亡した方の 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。
	●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	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者との続柄
亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき			
		<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。		保険者名	
		記号・番号	
●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	被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬した年月日	令和 年 月 日
埋葬に要した費用の額	法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額)		円
亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき			
		<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。		保険者名	
		記号・番号	
●介護保険法のサービスを受けていたとき			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	

事業主証明欄	死亡した方の 氏名	被保険者・被扶養者の別	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する。		令和 年 月 日
	事業所所在地		
事業所名称			
事業主氏名	TEL	( )	

記入例 1/2

提出先: 勤務先総務・人事部

※黒ボールペンでご記入ください。(消せるボールペンでの記入は受け付けません。)

# 健康保険組合記入欄

健康保険

埋葬料(費)支給申請書

1 2  
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	0	0
	氏名	ケンポ タロウ <b>健保 太郎</b>	6	0	0	5
住所	(〒 ●●● - ●●●●)	■■■■	都(道)府(県)	■■■市△△●●-●●●-●●●		
電話番号	TEL ●●●(●●●●)●●●●					

被保険者が請求する場合(扶養のご家族がなくなった場合)は振込先として「給与振込口座」をご記入ください。

振込先指定口座	預金種別	1. 普通 (circled) 2. 当座 3. 別段 4. 通知	口座番号	●●●●●●●●	左づめでご記入ください。
	ゆうちょ	●●●●●●●●●● - ●●●● - ●●●●●●●●●●	口座名義	ケンポ タロウ	口座名義の区分 1. 申請者 (circled) 2. 代理人
	ゆうちょ銀行の場合は、「記号」・「番号」をご記入ください。				

口座名義(カタカナ)を必ずご記入ください。

「2」の場合は必ず記入下さい。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人(口座名義人)	住所 (〒 - ) TEL ( )	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	氏名・印	氏名・印	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

記号および番号を記入された方は、この欄の記入は不要です。

(R3.4)  
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

1 2  
被保険者(申請者)・事業主記入用

申請手続きの他にもお勤め先への連絡も必要です。

被保険者氏名 **健保 太郎**

申請内容	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
	死亡した方の 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき

第三者行為の場合には健康保険組合にご連絡ください。

ご家族の氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		

必要添付書類(被扶養者の死亡)者  
・勤務先の証明を頂いてください  
・(区市町村長の埋葬許可証もしくは死亡診断書(死体検案書)、検視調書)  
※事業主の証明があれば不要です。

「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。

保険者名  
記号・番号

●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	被保険者からみた申請者との身分関係
埋葬に要した費用の額	法第3条第2項被保険者として加入した時はその金額(円)
亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき	

必要添付書類(被保険者の死亡)  
被扶養者が申請する場合  
・勤務先の証明を頂いてください  
・(戸籍謄本)  
・(区市町村長の埋葬許可証もしくは死亡診断書(死体検案書)、検視調書)  
※事業主の証明があれば不要です。  
被扶養者以外の方が申請する場合  
・生計維持関係を確認できる証明書  
・埋葬費用の明細および領収書原本(支払者氏名が記名)

「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。

保険者名  
記号・番号

●介護保険法のサービスを受けていたとき

保険者番号	被保険者番号	保険者名称
-------	--------	-------

該当する欄にご記入ください

事業主証明欄	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
	死亡した方の		令和 年 月 日 死亡

上記のとおり相違ないことを証明する。

お勤め先で記入する欄の為、請求者の記入は不要です。

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名

TEL ( )