

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・付加金 支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 -		電話番号 (日中の連絡先)	( )

- ▶ 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( )		
	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			
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)				

委任状	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)	氏名 住所 氏名 被保険者との関係( )

口座名義区分が代理人の場合にご記入ください

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	<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	令和 年 月 日	葬祭に要した 費用の額

※ 死亡の原因がケガの場合は「負傷届」、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	令和 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	( )

※ 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、火葬許可証のいずれかの写し、または戸籍全部事項証明書(死亡した方が除籍になった戸籍謄本)の原本を添付してください。

受付印

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士記載欄 氏名等