

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書  
 家族 埋葬付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	② 被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ			
	③ 被保険者 (申請者) 住所	〒 - 日中の連絡先 ( )						
	④ 事業所名称							
	⑤ 死亡した日 年 月 日	令和	年	月	日	⑥ 死亡した原因 (病名等)		
	⑦ 被保険者が 死亡したた めの申請で あるとき	被保険者 氏名			被保険者からみた 申請者の続柄			
		埋葬した 年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用	円
		生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳 )					
	⑧ 被扶養者が 死亡したた めの申請で あるとき	被扶養者 氏名			被 保 険 者 と の 続 柄			
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 )					
⑨ 介護保険サー ビスを受け ていたとき	区市町村番号		受給者番号		発行機関名			

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑩ 死亡した者の 氏名				
	⑪ 死亡した者	被保険者・被扶養者	⑫ 死亡した日 年 月 日	令和	年 月 日 死亡
	⑬ うえのとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日			
	住所	〒 -			
	事業主 氏名			電話	( )

⑭ 被保険者の口座に振込む場合					
振 込 先	指 定 銀 行	銀行・金庫・信組・農協 漁協・その他( )			本店・支店・代理店 出張所・本所・支所
		金融機関コード ( )		支店番号 ( )	
	口座の種類	普通・当座・その他( )	口座番号		
	被保険者氏名 (口座名義人)	フリガナ			

⑮ 会 社 に 委 任 す る 場 合	
右の者を代理人と定め、上記保険給付金の受領を委任します。	
委任 状	被保険者氏名
	代理人氏名
	代理人については、届出済みの「給付金受領代理人・口座届」と同一のものを記入(署名)してください。

※ 備 考	
-------------	--

受 付

【注 意 事 項】

- ・ 標題の被保険者「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んでください。
- ・ ①は、被保険者等記号・番号は、「マイナンバー」資格情報のお知らせ「資格確認書(健康保険証)」のいずれかをご確認ください。
- ・ ⑦は、死亡した被保険者の被扶養者ではない者が申請する場合は、埋葬した年月日、費用を必ず記入してください。この場合は、標題の「料」の文字を抹消してください。
- ・ ⑨は、介護保険サービスを受けていたときは、死亡診断書等の死亡原因のわかる書類が必要です。
- ・ 同居の家族が申請する場合は、申請者の住民票及び、死亡者の除票を添付してください。
- ・ 死亡が第三者の行為によるものであるときは、別に第三者の行為による死亡届を添付してください。
- ・ 事業主の証明を得ないで申請する場合は、この申請書に区市町村の埋火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書のいずれかの写しを添付してください。また、事業主が証明している場合でも、⑥が不明等のときは、死亡診断書等の死亡原因のわかる書類が必要です。