

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書
 家族 埋葬付加金

〔注意事項〕

ア. 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。
 イ. ①は、健康保険の被保険者証に記載されています。
 ウ. 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。
 また、領収証(費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること)を添付してください。

エ. 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。
 オ. 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。
 カ. 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。
 キ. ※印の欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 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	平成 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	平成 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	平成 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					
委 任 状	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。				
	被保険者氏名	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。			
		代理人氏名			

※ 備 考	
-------------	--

受 付