

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・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	
	被保険者氏名 ・ 請求者氏名	(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)	()
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連 支店・本店・出張所 支所・本所	金融機関・支店コード	-
	口座名義 (カタカナで記入)		預金種別	普通・当座・その他()
	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。)		

- ▶ 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。

委任状	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 被保険者との関係()

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 <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	令和 年 月 日	葬祭に要した 費用の額
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	TEL	()
	事業主氏名			

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。)

受付日付印

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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄