

健康保険被保険者家族埋葬料（費）支給申請書

申請者情報	健康保険の	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印	← 自署の場合は押印を省略できます。 ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。		
	住所	〒 ー 都・道府・県						
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	()		
				提出委任	☐ 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✓)			

▶ 被保険者が亡くなられた場合であっても、「健康保険の記号・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・印」「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
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号		
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分		被保険者(申請者)・代理人	

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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・印	印	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	☐ 被保険者 ▶ ①へ ☐ 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	万円
	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	☐ 被保険者 ☐ 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。						
	所在地						
	事業所名称						
事業主氏名			印	TEL	()		

注：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、死亡診断書、死体検案書のいずれかのコピーを添付してください。

マイナンバー記入欄（健康保険の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。

公金受取口座を利用する場合は、下記に☑をご記入ください。（利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。）

☐ 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。

※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印