

# 埋葬料（費）支給申請書 記入例

健康保険 被保険者 家族		埋葬料（費）支給申請書	
申請者情報	①健康保険の 記号 987 番号 654321 (フリガナ) ケンポ ハナコ	生年月日 昭・平・令 ○○年 ○月 ○日	③印 <small>— 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。</small>
	②氏名・印 健保 花子		
	住所 〒110-0000 東京 都 墨田区○○ X-X □□マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234)○○○○	
	事業所名称 (株)○○○○	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 <input checked="" type="checkbox"/> )	

▶ 被保険者が亡くなった場合であっても、「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
	口座名義 (カタカナで記入) ケンポ ハナコ	支店：本店・出張所 その他( )	口座番号 1234567
			口座名義区分 被保険者(申請者)・代理人

委任状	④ 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) 氏名・印	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・印	住所 被保険者との関係 ( )

申請内容	死亡年月日 令和 ○年 1月 15日	死亡原因 心筋梗塞	⑤ 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 checked="" type="checkbox"/> 被保険者 ▶ ①へ <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ▶ ②へ		
	① 被保険者 被保険者から見た申請者との身分関係 妻 葬祭した年月日 令和 ○年 1月 18日 葬祭に要した費用の額 ⑥ ×× 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	<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写しを添付してください。	
	事業所名称 事業主氏名		

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。

⑦	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、本人確認するための添付書類が必要です。	受付日付印
	公金受取口座を利用する場合は、下記に <input checked="" type="checkbox"/> 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。)	□マイナンバー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		

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 健康保険の記号及び番号は、「資格確認書」「資格情報通知書(資格情報のお知らせ)」に記載されています。
- 被保険者が亡くなられての申請の場合は、申請される方の氏名をご記入ください。  
申請者が当組合の加入員でないときは、被保険者との続柄確認書類（戸籍謄本等の原本）の添付が必要です。
- 被保険者（申請者）本人の自署の場合は、押印を省略できます。  
ただし、給付金の受取りを代理人に委任するときは、必ず押印してください。
- 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。  
被保険者（申請者）、代理人（口座名義人）の印もれにご注意ください。  
また、代理人（口座名義人）の印は、被保険者（申請者）の印とは別のものをご使用ください。  
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、被保険者との続柄確認書類（戸籍謄本等の原本）の添付が必要です。
- 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。  
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。
- 葬儀代（霊柩車代、霊前への供物代、僧侶への謝礼などを含む。）をご記入ください。
- ①の健康保険の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。  
また、マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合はをご記入ください。  
(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。)  
※ 公金受取口座を利用する場合、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。

添付書類 (ご不明な点がございましたら、当組合 (右上の電話番号) までお問い合わせください。)

<b>埋葬料（家族埋葬料）</b> 被保険者（被扶養者）が亡くなり、 被扶養者（被保険者）が申請する場合	添付書類なし
<b>埋葬料</b> 被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者 により生計維持されていた方が申請する場合	① 生計維持を確認できる書類 同居：住民票（被保険者と申請者が記載されているもの） 別居：定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金 書留の封筒の写しなど ② 被保険者と申請者の続柄など身分関係を確認できる書類
<b>埋葬費</b> 被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持 されていた方がおらず、実際に埋葬（葬儀）を 行った方が申請する場合	① 領収書の原本及び費用の明細書の写し 支払った方（申請者）の氏名及び費用の詳細が記載され ているもの ② 被保険者と申請者の続柄など身分関係を確認できる書類

注：添付いただく続柄確認書類（住民票・戸籍謄本等）は原本を添付してください。

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」にを付けてください。