

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

|             |                |        |    |                  |                                                                  |
|-------------|----------------|--------|----|------------------|------------------------------------------------------------------|
| 被保険者（申請者）情報 | 被保険者等<br>記号・番号 | 記号     | 番号 | 事業所名称            |                                                                  |
|             | 氏名             | (フリガナ) |    | 生年月日             | 年 月 日                                                            |
|             | 住所             | 〒      |    | 電話番号<br>(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。<br>(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、「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。

※ 給付金の振込先は、被保険者(申請者)口座または被保険者の勤務先のいずれかになります。  
被保険者(申請者)口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、**通帳の写し**または、**キャッシュカードの写し**を添付してください。  
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者(申請者)と受任者がそれぞれご記入ください。

|     |                   |                       |      |              |
|-----|-------------------|-----------------------|------|--------------|
| 振込先 | 金融機関名称            | 銀行・金庫・信組<br>農協・その他( ) | 預金種別 | 普通・当座・その他( ) |
|     | 口座名義<br>(カタカナで記入) | 支店・本店・出張所<br>その他( )   | 口座番号 |              |

|     |               |                               |          |
|-----|---------------|-------------------------------|----------|
| 委任状 | 被保険者<br>(申請者) | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。 | 令和 年 月 日 |
|     |               | 氏名                            |          |
|     | 受任者<br>(事業主)  | 住所<br>事業所名<br>氏名              |          |

|      |         |                                                                           |             |       |                |        |
|------|---------|---------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|----------------|--------|
| 申請内容 | 死亡年月日   | 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へ <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ▶ ②へ |             |       |                |        |
|      | ① 被保険者  | 被保険者からみた<br>申請者との身分関係                                                     | 葬祭した<br>年月日 | 年 月 日 | 葬祭に要した<br>費用の額 | 万円     |
|      | ② 家族    | その方の<br>氏名                                                                | 生年月日        | 年 月 日 | 続柄             |        |

|        |                     |                                                             |       |       |
|--------|---------------------|-------------------------------------------------------------|-------|-------|
| 事業主証明欄 | 亡くなられた方<br>の氏名      | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 | 死亡年月日 | 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 TEL ( )       |                                                             |       |       |

※ 事業主の証明を受けられない場合は、亡くなったことを証明する書類(死亡診断書・死体検案書・埋葬許可証または火葬許可証)のいずれかの写しを添付してください。

同意欄

この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。

被保険者(申請者)氏名

受付日付印