健保 受付日付印	事業所 受付印

被保険者 家族 埋葬料(費) 埋葬付加金 支給申請書 (1/2)

被保険者(申請者)情報

被保険者(右づめ)	記号	番号	生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
氏名(自署)	(フリガナ) (自署)	本人(被保険者)死亡による本人以外の申請者 (フリガナ) (自署) 印	
住所	(〒 ー)		
電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )		

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

振込先指定口座

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他( )	本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゛)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分	1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄

被保険者の委任者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所:「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ (自署)	
代理人(口座名義人)	(〒 ー) TEL ( ) 住所 (ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名・印	委任者と代理人との関係(○囲み) ・事業主(押印不要) ・その他の代理人との関係を記入 ( ) 印

「記入用紙」は2ページに続きます。〉〉〉

・被保険者の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、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

被保険者のマイナンバー記載欄

2024.12 3-1-9(18)

被保険者
家　　族 埋葬料(費) 埋葬付加金 支給申請書 (2/2)

被保険者氏名	

申請内容

	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
死亡した方の	令和　年　月　日		□ はい　□ いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

●家族(被扶養者) が死亡したための申請であるとき

ご家族の氏名		生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	被保険者との続柄	

亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき	□　1. はい　2. いいえ
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。	保険者名 記号・番号

●被保険者(本人) が死亡したための申請であるとき

被保険者の氏名		被保険者からみた申請者との身分関係		埋葬した年月日	令和　年　月　日
埋葬に要した費用の額	円	法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額（調整減額）	円		

亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき	□　1. はい　2. いいえ
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた場合はその健康保険名称（保険者名）と記号・番号をご記入ください。	保険者名 記号・番号

事業主証明欄

	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
死亡した方の		(被保険者)　(被扶養者)	令和　年　月　日 死亡

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　TEL　(　　)

以上のとおり申請します。　令和　年　月　日提出

【添付書類】以下の書類①～④を添付してください。

①埋葬許可証または死亡診断書のコピー　②埋葬を行った領収書と明細書の原本
③健康保険証、資格確認書(本人と被扶養者)　④健康保険証、資格確認書(被扶養者)
(③④健康保険証、資格確認書を返却済みの場合は添付不要、紛失等で返却できない場合は「滅失・き損届」を併せて添付してください)

ア)被保険者(本人)死亡の場合
・埋葬料の申請者が　当健保組合の被扶養者　→　添付書類　①と③
・上記以外の方が申請する場合　→　添付書類 ①と②と③

イ)被扶養者(家族)死亡の場合
・被保険者(本人)から申請してください　→　添付書類 ④
なお、任意継続の被保険者(本人)が申請する場合　→　添付書類 ①と②と③