

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者情報	被保険者証の	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	フリガナ					
	住所	〒					
	電話番号	()					

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 その他()		本店 支店 出張所 その他()			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号				
	口座名義 (カタカナ)			口座名義の区分	被保険者 (申請者)	代理人	

「代理人」の場合、必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者 (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。					
		氏名	年 月 日				
		住所 「被保険者情報」の住所と同じ					
	代理人 (口座名義人)	住所 〒					
	電話番号	()					
	フリガナ						
	氏名						

社会保険労務士の 提出代行者記載欄	
----------------------	--

- * 被保険者が亡くなられての申請の場合、「被保険者証の記号・番号」と「生年月日」は被保険者の情報をご記入ください。
「氏名」、「住所」、「電話番号」、「振込先指定口座」は実際に申請される方の情報をご記入ください。
- * 添付書類(下記のいずれか一つ)
「死亡診断書、死体検案書または検視調書のコピー」、「亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本」、「住民票」
- * 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被扶養者以外の方が申請する場合は、住民票(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの)、住居が別の場合は、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コピーまたは亡くなった被保険者が申請者の公共料金を支払ったことがわかる領収書などを添付してください。
- * 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いない場合で、実際に埋葬を行った方が申請する場合は、上記添付書類以外に、領収書の原本(支払った方の名前、埋葬に要した費用が記載されているもの)、埋葬に要した費用の明細書を添付してください。
- * 第三者の行為によって、死亡したときは「第三者行為による傷病届」を添付してください。

受付日付印

被保険者氏名	
--------	--

申請内容	死亡した方の	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるもの ですか
		年 月 日		はい ・ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による 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	年 月 日		
	被保険者との続柄			
	●被保険者が死亡したための申請であるとき			
	申請者の氏名			
	被保険者からみた 申請者との身分関係			
	埋葬した年月日	年 月 日		
埋葬に要した費用の額	円			

事業主証明欄	死亡した方の	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
			被保険者 ・ 被扶養者	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。			年 月 日
	事業所の所在地			
	事業所名称			
事業主氏名				
電話番号 ()				