

健康保険

被保険者 埋葬料(費)
被扶養者 埋葬料(費)付加金

支給申請書

記入例
被保険者が亡くなったとき

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 記号番号	記号 ○	③ 被保険者(申請者)の氏名・生年月日	フリガナ ケンボ ハナコ
		番号 ○○○○		健保 花子
	② 社員番号	○○○○○		昭和・平成 3 年 12 月
	④ 被保険者(申請者)の住所	住所は申請者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。		
	⑤ 事業所の名称	○○株式会社		TEL ○○(○○○○)
	⑥ 死亡した年月日	令和 6 年 4 月 18 日	⑦ 死亡原因	心筋梗塞
●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき				
⑨ 被扶養者氏名		生年月日	昭和・平成・令和 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				
⑩ 被保険者氏名	健保 太郎	被保険者からみた申請者との間柄	妻	
⑪ 葬儀を行った年月日	令和 年 月 日	⑫ 葬儀を行った費用の額	円	
●以下に該当する場合は記入してください				
⑬ 被保険者が死亡したとき	⇒ 当組合の資格喪失			
⑭ 被扶養者が死亡したとき	⇒ 当組合の被保険者			
	保険者名	記号・番号	被保険者氏名(世帯主)	被保険者との続柄
●介護保険法のサービスを受けていたとき				
	市区町村番号	「火葬許可証(写)」、「埋葬許可証(写)」、死亡診断書(写)、除籍謄本(写)、死体検案書(写)のうちどのれも添付できない場合は、事業主の証明が必要です。		

申請者が、「被扶養者でないが、被保険者と同じ生計維持されていた家族」の場合は、続柄記載のある世帯全員の住民票(原本)および亡くなられた被保険者の住民票の除票(原本)の添付が必要です。

被保険者により生計維持されていない方が「埋葬費」の申請をする場合は、「葬儀を行った年月日」と「埋葬に要した費用の額」を必ずご記入ください。また埋葬に要した費用の領収書(原本)の添付も必要です。

「火葬許可証(写)」、「埋葬許可証(写)」、死亡診断書(写)、除籍謄本(写)、死体検案書(写)のうちどのれも添付できない場合は、事業主の証明が必要です。

証 明 す る 欄	死亡した方の氏名	死亡した方 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した年月日	令和 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する		証明日	年 月 日
	<h1>事業主の証明</h1>			
	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	TEL ()

振 込 希 望 口 座	銀行 信組 農協	支店 出張所	
	[金融機関コード] 1 2 3 4	[店番号] 1 2 3	
	預金種別	口座番号	フリガナ ケンボ ハナコ
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	7 6 5 4 3 2 1	口座名義 健保 花子

受付日付印

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

委 任 状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※口にチェックを入れて下さい。		
	<input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人		
	<input type="checkbox"/> その他の受領代理人		
	被保険者(申請者)	住所	氏名
受 取 代 理 人	代理人住所	TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
	代理人氏名	フリガナ	

[備考]