

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書  
 被扶養者 埋葬料(費)付加金

記入例  
 被扶養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 タロウ
		番号	○○○○		健保 太郎	
	② 社員番号	○○○○○			昭和・平成 60年 6月 5日	
	④ 被保険者(申請者)の住所	住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。 <small>※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。</small>				
	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	心不全	⑧ 第三者行為によるものですか	いいえ・はい
●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	健保 保		生年月日	昭和・平成・令和 27年 7月 12日	被保険者との続柄	父
●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			被保険者からみた申請者との間柄			
⑪ 葬儀を行った年月日	令和 年 月 日	⑫ 埋葬に要した費用の額	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 → 当組合の資格喪失後、家族の被扶養者となり、3か月以内に死亡した場合						
⑭ 被扶養者が死亡したとき → 当組合の被保険者資格喪失後、当組合の被扶養者となり、3か月以内に死亡した場合						
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)」のうちのど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	
	上記のとおり相違ないことを証明する		証明日	年 月 日		
	<b>事業主の証明</b>					
	事業所所在地					
事業所名称						
事業主氏名						

振込希望口座	銀行	信組	支店	
	○	○	○	
	金庫・農協		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 タロウ
<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	健保 太郎	

被保険者の口座をご記入ください。  
 上記の「委任状」欄を記入した場合は、「代理人」の口座をご記入ください。  
 振り込めるのは、日本国内の口座のみです。

◎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	住所	フリガナ	TEL ( )	
	代理人住所	フリガナ	※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			

【備考】  
 被保険者名義以外の口座への振込を希望する場合は、委任状の記入押印が必要です。  
 「その他の受領代理人」を選択した場合は、振込希望口座欄も記入してください。