

# 健康保険 被保険者 埋葬料（費）支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	-		被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 氏 名	(フリガナ)						
	被保険者 (申請者) 住所	〒 - -		電 話	- -						
	事業所	名称									
		所在地									
	死亡年月日	令和	年	月	日	死亡の原因				第三者の行為によるものですか	はい いいえ
	被保険者死亡 による申請 であるとき	被保険者 氏名				被 保 険 者 から みた 申 請 者 と の 身 分 関 係					
	被扶養者死亡 による申請 であるとき	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
	埋葬した年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用	円				
被保険者名義 (申請者) 受取金融機関	銀行	本店	種 別	普通 ・ 当 座	口座番号	7ケタで記入					
	信用金庫	支店			口座名義 (カタカナ)						
	信用組合										
	農協										

事 業 主 証 明 欄	死亡した方 の氏名				死亡日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日								
	事業所所在地				事業所名称				
	事業主氏名				電 話	- -			

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	氏名	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							
	代理人 (口座名義人)	住所	〒 - -	電 話						- -
	氏名	(フリガナ)								

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

支 払 日 付 印	受 付 日 付 印

《注意事項》

1. 死亡に関する事業主の証明が得られないときは、埋火葬許可証の写し、死亡診断書、死体検案書、又は、検視調書の写しのいずれか一つを添付して下さい。
2. 死亡した被保険者に被扶養者がなく、それ以外の人が埋葬を行ったときは、埋葬に要した費用の詳細な領収書の写しを添付して下さい。