

健康保険

被保険者
家族

埋葬費 支給申請書

12

被保険者（申請者）・事業主記入用

被保険者等
記号・番号

記号

番号

生年月日

年

月

日

☒ 昭和

☐ 平成

4

5

6

7

8

6

2

4

1

0

氏 名

フリガナ

ケンボ ジロウ

健保 次郎

住 所

(千 151 - 0051)

東京 都 道 府 県 渋谷区千駄ヶ谷 2 - 3 7 - 9

TEL (日中の連絡先)

03 (3404) 7344

☒

本申請書の提出を事業主へ委任します。
(委任される場合は左記確認欄へ☑をお願いします。)

※下記確認欄へ☑をお願いします。

確認欄

☒

この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。
② 記載内容については、誤りがないか申請者本人が確認している。

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。

令和 年 月 日

氏 名

住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ

代理人
(健保口 口座名義人)

事業所所在地

事業所名称

氏 名

電話番号

令和 年 月 日

〇〇銀行 〇〇支店
普通 〇〇〇〇〇〇〇〇
ケンボ ジロウ

受取口座

公金受取口座

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
(利用する場合は☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。)

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます>>

【付加給付について】

埋葬費には支給されません。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の氏名（サイン）をご記入ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付印

記入例

被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持をされていた方がおらず、実際に埋葬された方が申請される場合

・申請書は、消えない黒のボールペン等を使用し丁寧に記入ください。

記号番号、生年月日は亡くなられた被保険者の情報をご記入ください。

氏名、住所は申請される方（実際に埋葬をおこなった方）の情報をご記入ください。

申請される方が申請書の提出を事業主へ委任される場合、確認欄に☑をお願いします。

必ずご確認いただき、確認欄に☑をお願いします。

申請される方に直接お振込みいたします。
銀行名、支店名、預金種別、口座番号、氏名（カタカナ）をご記入ください。

被保険者以外の方は公金受取口座を利用できません。委任状欄に振込口座をご記入ください。

埋葬費は、被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持をされていた方がいない場合に実際に埋葬された方がご申請ください。埋葬に要した領収書とその内訳が必要になります。
詳しくは当組合HPをご参考ください。
●TOP>各種手続き>ライフシーン>亡くなったとき

健康保険

被保険者
家族

埋葬費 支給申請書

1

2

被保険者（申請者）・事業主記入用

記入例

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

死亡年月日

令和 5 年 4 月 1 日

死亡原因

急性心不全

第三者行為によるものですか

2

1. はい 2. いいえ

左記で1. 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

亡くなられた家族について、他の健康保険組合や国民健康保険等から埋葬費を受給していますか。

1. 受給した／受給予定

2. 受給していない

上記で1. 受給した／受給予定の場合は埋葬費を受給した健康保険等の保険者名と記号・番号をご記入ください。

保険者名

記号・番号

●被保険者が死亡したための申請であるとき

被保険者の氏名

健保 太郎

被保険者と申請者の身分関係

弟

埋葬した年月日

令和 5 年 4 月 3 日

埋葬に要した費用の額

800,000

亡くなられた方について、他の健康保険組合や国民健康保険等から埋葬費を受給していますか。

2

1. 受給した／受給予定

2. 受給していない

上記で1. 受給した／受給予定の場合は埋葬費を受給した健康保険等の保険者名と記号・番号をご記入ください。

保険者名

記号・番号

被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持をされていた方がおらず、実際に埋葬された方が申請される場合は、埋葬日・埋葬の費用の額をご記入ください。
※埋葬とは葬式のことです。

事業主証明欄

死亡した方の氏名

健保 太郎

被保険者・被扶養者の別

被保険者

死亡年月日

令和 5 年 4 月 1 日

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 5 年 6 月 1 日

事業所所在地

東京都〇〇区〇〇 〇ー〇ー〇

事業所名称

〇〇設計事務所

事業主氏名

設計 大助

電話番号

03 (3404) 9545

事業主より証明を受けてください。証明が受けられない場合、死亡したことがわかる書類（死亡診断書（写）など）の添付が必要です。

《事業主の方へ》
事業主証明欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と事業主の氏名（サイン）をご記入ください。