

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書	伺 い	常務理事	事務長	課 長	担当者

被 保 険 者 情 報	被保険者の	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)					
	住 所	〒 ー 都・道 府・県			電話番号 (日中の連絡先)	()	
	事業所名称				提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は ☒)	

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			

申 請 内 容	死亡年月日	年	月	日	死亡原因	第三者行為に よるものですか ※	はい・いいえ		
	亡くなられた方	☐ 被保険者 ➤ ①へ ☐ 家族(被扶養者) ➤ ②へ							
	① 被保険者	被保険者からみた 申請者との身分関係		葬祭した 年月日	年	月	日	葬祭に要した 費用の額	万円
	② 家 族	その方の 氏名		生年月日	年	月	日	続 柄	

※ 死亡の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

事 業 主 証 明 欄	亡くなられた方 の氏名	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	死亡年月日	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	所在地					
	事業所名称					
	事業主氏名 TEL ()					

※ 事業主の証明を受けられない場合は、この申請書に市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、
死体検案書のいずれかの写しを添付してください。

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄
