

健康保險 被保險者 埋葬料(費)支給申請書
家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者 証の記号と 番号	記号 番号	②被 保 険 者 (申請者)の 氏 名			
	③被 保 険 者 (申請者)の 住 所	〒 -			Tel () 日中に連絡のとれる電話番号を記入ください	
	④事業所の 名 称					
	⑤死亡した 年 月 日	年 月 日	⑥死 亡 原 因		⑦第三者行為に よるものですか	はい・いいえ ↓
	はいの場合は「第三者の行為による傷病届」を提出ください					
	●被保険者が死亡したための申請であるとき					
	⑧被保険者 氏 名		被保険者からみた 申請者との身分関係			
	⑨葬儀を行った 年 月 日	年 月 日	⑩埋葬に要した費用の額		円	
	●被扶養者(家族)が死亡したための申請であるとき					
	⑪被扶養者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	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						
保険者番号		被保険者番号		保険者名称		

振 込 口 座	⑫		銀行・信組	支店
			金庫・農協	出張所
	預金種別	口座番号	フリガナ	
	☐ 普通 ☐ 当座		口座名義	
	☐ マイポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する(利用しない場合は上の欄を記入) (注)口座情報の反映は登録から数日を要します。受取代理人指定の場合は公金受取口座の利用不可			

備考

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、備考欄へご記入ください。(マイナンバー記載の場合は、個人番号、本人確認の添付書類が必要です。)

●給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、下記委任状に記入・押印ください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑬本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
	被保険者 住所
	(請求者) 氏名
	代理人 住所 氏名
	※委任者と代理人の関係()

受付目付印

事業主が証明する欄	⑭死亡した方の 氏 名		⑮死亡した方	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	⑯死亡した 年 月 日	年 月 日
	⑰上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL ()					