

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1

2

ページ

被保険者記入用

埋

加入者がお亡くなりになり、埋葬料(費)を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
	氏名	申請者について ①被保険者がお亡くなりになった場合 ⇒被保険者により生計維持されていた方/埋葬を行った方 ②被扶養者がお亡くなりになった場合 ⇒被保険者		
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
	住所	都 道 府 県		

振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)		

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

【被保険者・事業主記入用】は2ページ目に続きます。▶▶▶

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)



社会保険労務士の 提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)			
添付書類	死亡証明書	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	生計維持確認書類	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	
	領収書内訳書	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	埋葬費用	<input type="text"/> 円	
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1. 添付	
	6 3 1 1 1 1 0 1	その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 (理由)	枚数	<input type="text"/>

受付日付印

(2022.12)

被保険者氏名

申請内容	①-1 死亡者区分	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	⇒ ①-2では「1. 埋葬料」もしくは「2. 埋葬費」をご選択ください。 ⇒ ①-2では「3. 家族埋葬料」をご選択ください。
	① ①-2 申請区分	<input type="checkbox"/>	1. 埋葬料(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者による申請) 2. 埋葬費(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者以外による申請) 3. 家族埋葬料(家族(被扶養者)の死亡かつ、被保険者による申請)
	②-1 死亡した方の氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>	
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
	②-2 死亡した方の生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	② ②-3 死亡年月日	令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	②-4 続柄(身分関係)	⇒ 「被保険者が死亡」した場合は、被保険者と申請者の身分関係をご記入ください。 「家族が死亡」した場合は、被保険者との続柄をご記入ください。	
	③ ③-1 死亡の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病	} ⇒ ③-2へ
	③-2 労働災害、通勤災害の 認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. 未請求	→
	④ 傷病の原因は第三者の 行為(交通事故やケンカ 等)によるものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。
⑤ 同一の死亡について、健 康保険組合や国民健康 保険等から埋葬料(費) を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. 受給した <input type="checkbox"/> 2. 受給していない		
「①-2申請区分」が「2. 埋葬費」の場合のみご記入ください。 ※埋葬費の場合は、別途埋葬に要した費用の領収書と明細書も添付してください。			
⑥ ⑥-1 埋葬した年月日	令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
⑥-2 埋葬に要した費用の額	<input type="text"/> 円		

「健康保険埋葬料(費)支給申請書記入の手引き」をご確認ください。

事業主証明欄	死亡した方の氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>	
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
	死亡年月日	令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	事業所所在地	令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
事業所名称	<input type="text"/>		
事業主氏名	<input type="text"/>		
電話番号	<input type="text"/>		

6 3 1 2 1 1 0 1