

# 健康保険 被保険者・家族 埋葬料（費）支給申請書

※個人番号を利用したの申請には、個人番号確認および本人確認をするための添付書類が必要です。

被保険者（請求者）が記入するところ	被保険者証の記号番号または個人番号	—	被保険者資格取得日	平成	年	月	日	令和	年	月	日	被保険者資格喪失日（喪失後の場合）	平成	年	月	日	令和	年	月	日
	被保険者（請求者）氏名	カナ						被保険者（請求者）の生年月日				被保険者と請求者の続柄								
	被保険者（請求者）住所	〒																		
	所属部署名及び電話	電話（ ）																		
	死亡した方の氏名	カナ						死亡した方の生年月日				被保険者との続柄		本人ではない場合 本人（ ）						
	死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡原因				第三者の行為によるものですか		はい・いいえ								
	被保険者が死亡したための請求である場合	埋葬した年月日		令和	年	月	日	埋葬に要した費用				円								

### 【添付書類】

- ①被扶養者の死亡のための請求であるときは、「事業主の下記証明欄の記入」または「火葬許可証・埋葬許可証・死亡診断書・死体検案書のうちいずれか1点（の写し）」を添付してください。
- ②被保険者の死亡のための請求で、請求者が被扶養者の場合は①と同じものを添付してください。
- ③被保険者の死亡のための請求で、請求者が被扶養者ではない場合、
  1. 生計維持関係があった場合は、①のほかに、「被保険者の世帯全体の住民票」または「送金証明（生計維持関係のわかる書類）」を添付してください。
  2. 生計維持関係にあった家族がない場合は、①のほかに、埋葬に要した費用の「領収書」と「明細書（費用内訳として品目・単価・数量・金額が明記されているもの）」を添付してください。

事業主の証明するところ	上記のとおり相違ないことを証明します。															
	令和 年 月 日															
	所在地 〒															
	事業主 名称															
	氏名															
電話																

※被保険者以外の方が請求する場合、または1か月以内に給与口座を変更した被保険者場、下記に金融機関口座をご記入ください。

令和 年 月 日提出

支払金融機関	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合															
	支店番号		口座番号（右づめ）													
			普通・当座													
	名義人（カナ）															

受付日付印