

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	<input type="checkbox"/> 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✓)

- ▶ 被保険者が亡くなられた場合であっても、「被保険者等記号・番号」「生年月日」「事業所名称」は被保険者の情報をご記入ください。
- ▶ 「氏名」「住所」「電話番号」「振込先」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

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()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
			口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人
※当健保は事業所経由でのお支払いをしておりますので、在職中の方に関しましては記入不要です。(任意継続・資格喪失された方のみご記入ください)				

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	事業所住所	
			事業所名	

申請内容	死亡年月日	平・令 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	<input type="checkbox"/> 被保険者 ▶ ①△ <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ▶ ②△				
	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	平・令 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	昭・平・令 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	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	平・令 年 月 日
	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

マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

関東信用組合連合 健康保険組合

※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を添付してください。