

健康保険 本人・家族 埋葬料(費)・埋葬料付加金支給申請書

※注意書を確認のうえ申請してください。

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号および番号	記号			番号		
	事業所の名称						
	死亡者の氏名	氏名	家族埋葬料申請の場合、 被保険者と死亡者との続柄		続柄 ()		
	死亡者の生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日		
	死亡した年月日	令和	年	月	日		
	死亡の原因						
	第三者の行為に 起因する死亡ですか	はい・いいえ					
	死亡日から遡って3ヶ月以 内の健康保険加入状況 (死亡者が本申請に使用する 記号・番号以外の資格を持 っていた期間がある場合に 記入)	加入していた健康保険 ※資格の種類 (本人 ・ 家族) _____健康保険組合・国民健康保険 (自治体(市区町村)名 協会けんぽ (支部) ・ _____ 共済組合・その他 () 健康保険証の記号・番号 (記号 _____ 番号 _____) 加入していた健康保険の連絡先 電話 _____ - _____ 加入していた期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日					
	死亡者に親族がおらず、代わり に葬儀を執り行った人が申請者 となる場合は、葬儀を行った 年月日と葬儀に要した費用を 記入してください。	葬儀を行った年月日	令和	年	月	日	葬儀に要した費用の額 ¥ _____ 別添書類 のとおり
	振込希望の 金融機関 (被保険者死亡時 のみ申請者名義の 口座)	銀行	銀行 コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	支店 店番 <input type="text"/>

死亡に関する 事業主の 証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名 事業主名
-----------------------	--

代理人に給付金 の受領を委任 するとき	上記の給付金の受領について、以下の代理人に委任します。 申請者 住所 _____ 氏名 _____ 代理人 事業所所在地 _____ 電話番号 _____ 事業所名 _____ 氏名 _____ ※代理人に受領の委任をする場合、「振込希望の金融機関」欄には代理人名義の口座を記入してください。	令和 年 月 日
---------------------------	--	----------

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、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。)

備考欄	
-----	--

なお、マイナンバーを記載した申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」
「代理人の身元確認書類」などの添付が必要となります。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受 付 印