

# 健康保険 本人・家族 埋葬料(費) 支給申請書

## 埋葬料付加金

※ 別紙（申請の際の留意点）を確認のうえ、必要書類を添付して申請してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号		記号	番号	記号・番号に代えてマイ ナンバーで申請する場合									
	事業所名称													
	被保険者氏名 (申請者氏名)				電話番号 (日中の連絡先)		—						—	
	住所		〒 — 都・道 府・県											
			振込希望の金融機関（被保険者本人名義の口座 *被保険者死亡時のみ申請者名義の口座）											
			銀行		銀行 コード					支店		店番		
	預金 種別		普通・当座・貯蓄		口座 番号					口座名義 (カタカナ)				
	死亡した方の 氏名・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				本人埋葬料申請の場合 死亡者と申請者の続柄							
	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					
死亡した方に親族がおらず、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				葬儀に要した費用の額										
令和 年 月 日				¥ <span style="float: right;">別添書類のとおり</span>										
死亡日から遡って3ヶ月以内の健康保険加入状況 (死亡した方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)														
健康保険名称				健康保険の記号・番号				資格の種類						
				記号 番号				本人・家族						

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。 令和 年 月 日 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。
---------------------------	--

備考欄	
-----	--

受 付 印

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