

健康保険 被保険者
家族

埋葬料(費)支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者(申請者)情報	記号 Insurance card code	番号 Number	生年月日 Date of birth	
	被保険者証の (右づめ)	150	12345	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名 Name	(フリガナ) ケンコウ タロウ Taro Kenkou		
住所 Address	(〒 ××× - ××××) TOKYO 都道府県 ○○○			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ×× (△△△) □□□□			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。		
	金融機関 名称	Name of financial institution	branch
	〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別 Deposit type	1 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 account number	左づめてご記入ください。
1		1234567	
口座名義 Name of account holder (in Katakana)	▼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。) ケンホ゜ タロウ		口座名義の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

※ Account in the name of the insured person

「2」の場合は必ずご記入ください

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ)	TEL ()	委任者と代理人との関係
	氏名			

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

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
被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R4.6)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

1 2
被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名 Taro Kenkou

Was it caused by the actions of third party?

申請内容	死亡年月日	Cause of Death 死亡原因	第三者の行為によるものですか
	死亡した方の 令和 年 月 日	Acute heart failure	YES <input type="checkbox"/> はい NO <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき For application submitted upon the death of a family member

ご家族の氏名 name Hanako Kenkou	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者との続柄 Relationship with insured person spouse
---------------------------	---	--

亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定

If any of the following apply to you, please enter the name and symbol/number of the insurance association you previously joined.

2 1. YES 1. はい 2. NO 2. いいえ

- ① When the person dies within 3 months after losing eligibility.
- ② When a person dies while continuing to receive Injury and Sickness Allowance or Maternity Allowance after losing eligibility.
- ③ When the person dies within 3 months after losing eligibility or after receiving benefits in ②.

the name of the insurance association you previously joined. 保険者名

the code /number of the insurance association you previously joined. 記号・番号

記号・番号をご記入ください。

●被保険者が死亡したための申請であるとき For application submitted upon the death of the insurance person

被保険者の氏名 the name of the insurance person	被保険者からみた申請者との身分関係 Relationship with applicant	埋葬した年月日 令和 年 月 日
埋葬に要した費用の額 円	法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額) 円	

亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家

If any of the following apply to you, please enter the name and symbol/number of the insurance association you previously joined.

1. はい 2. いいえ

- ① When the person dies within 3 months after losing eligibility.
- ② When a person dies while continuing to receive Injury and Sickness Allowance or Maternity Allowance after losing eligibility.
- ③ When the person dies within 3 months after losing eligibility or after receiving benefits in ②.

保険者名

保険者名と記号・番号をご記入ください。

記号・番号

●介護保険法のサービスを受けていたとき

保険者番号	被保険者番号	保険者名称
-------	--------	-------

事業主証明欄

死亡した方の 氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日 年 月 日 死亡
上記のとおり相違ないことを		日

Please ask your employer for a certificate for this section

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

TEL ()