

健康保険 被保険者家族 埋葬料（費）支給申請書

資格取得	平成 令和	年	月	日	通番
資格喪失	平成 令和	年	月	日	

記入例

被 保 険 者 ま た は 申 請 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号	番号							事業所名称	〇〇〇 株式会社			
			1	1	2	3	4	5	6	7	〇〇 支店	〇〇 部	〇〇 課	
	フリガナ	ダイトウ タロウ							被保険者生年月日	昭和・平成 40年 1月 23日				
	被保険者氏名	大東 太郎							電話番号	123 - 4567 - 8910				
	フリガナ	トウキョウト〇〇ク△△												
	被保険者住所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区△△1-2-3												
	死亡した年月日	令和 〇年 〇月 〇日							死亡原因	肺がん				
								第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
	●被扶養者が死亡したための申請であるとき													
	被扶養者の氏名							被扶養者の生年月日			続柄			
							昭和 平成 令和			年 月 日				
●被保険者が死亡したための申請であるとき ※続柄は被保険者から見た続柄														
申請者の氏名							続柄		埋葬した年月日			埋葬に要した費用の額		
大東 花子							妻		令和 〇年 〇月 〇日			〇〇,〇〇〇 円		
公金受取口座		<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☑。利用しない場合は下記の欄を記入。)												
振込希望口座														
金融機関コード		銀行コード		1 2 3 4				支店コード			1 2 3		フリガナ	
〇〇〇		〇〇〇		銀行 信組 金庫 その他				△△			本店 出張所 支店 その他		ダイトウ ハナコ	
種別		普通・当座		口座番号		1 2 3 4 5 6 7							大東 花子	
事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	死亡した方の氏名							死亡した方			死亡した年月日			
								被保険者 ・ 被扶養者			令和 年 月 日 死亡			
	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														
事業所名称														
事業主氏名														

《委任状》

本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

令和 年 月 日 被保険者 住所  
(申請者) 氏名  
被保険者以外の口座に  
入金希望する場合のみ記入  
代理人 住所  
氏名

被保険者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

受付印