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

被保険者証	記号	番号	事業所名称
	1	1 2 3 4 5 6 7	○○○ 株式会社 ○○ 支店 営業所 ○○ 部 課

被保険者氏名	フリガナ ダイトウ タロウ 大東 太郎	被保険者生年月日	昭和・平成 40 年 1 月 23 日
		電話番号	123 － 4567 － 8910
被保険者住所	フリガナ トウキョウト○○ク△△ 〒 123 － 4567 東京都○○区△△1-2-3		

死亡した年月日	死亡原因	第三者行為によるものですか
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	肺がん	□ はい ☑ 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
大東 花子	昭和 平成 令和 40 年 3 月 21 日	妻

●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
		令和 年 月 日	円

公金受取口座	□	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	口座名義人	フリガナ ダイトウ タロウ
金融機関名称	○○○	銀行 信組 金庫 その他	△△	本店 出張所 支店 その他		大東 太郎
種別	普通 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7			

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（申請者） 住所

氏名

代理人 住所

氏名

被保険者以外の口座に入金希望する場合のみ記入

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