

健康保険 被保険者 埋葬料（費）埋葬付加金支給申請書  
 家 族

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号・番号	—		被保険者の （申請者） 氏名・印	⑩				
	被保険者の （申請者） 住所	〒 TEL ( )							
	事業所名称				事業所所在地				
	死亡した 年月日	平成	年	月	日	死亡原因 (傷病名等)			第三者の行為によるものですか 0:いいえ 1:はい
	被保険者が死亡したための申請であるときは、その者の								
	被保険者 氏名				死亡した被保険者と 申請者との身分関係				
	被保険者の 標準報酬月額	千円	埋葬した 年月日	平成	年	月	日	埋葬に 要した 費用	金 円 (別紙証拠書のとおり)
	被扶養者が死亡したための申請であるときは、その者の								
	被扶養者 氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者 との続柄
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)								

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	死亡した 者の氏名				死亡した者	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者			
	死亡した年月日	平成	年	月	日				
	上記のとおり相違ないことを証明します。					平成	年	月	日
事業所所在地									
事業所名称									
事業主名					⑩				
電 話					( )				

受 領 委 任 欄	本申請に基く給付金に関する受領を 委任します。		に
	被保険者又は 申請者の 氏名	住 所	⑩

受付日付印

注意事項

1. 標題は被保険者が死亡したときは「被保険者」を、家族が死亡したときは「家族」を○で囲んでください。
2. 被保険者(申請者)氏名欄の印と受領委任欄の印は同じ印鑑を使用し、ハッキリと押印してください。
3. 事業主の証明を受けられない場合は、除籍謄本、死亡診断書又は死体検案書写を添付してください。
4. 被保険者の死亡の場合で、被扶養者以外の方が埋葬料の申請をする場合は、生計関係の確認できる書類(住民票等)が必要となります。
5. 埋葬費の申請をする場合は、埋葬に要した費用の領収書(原本で費用の内訳として品名、数量、単価、金額等が明記してあるもの)を添付してください。(別途添付書類が必要な場合もあります)
6. 死亡原因が、負傷による場合は外傷原因報告書を、自殺による場合は死体検案書を添付してください。