伺年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	業務課長	係長	係
支払額	万　千　百　拾　円					
※支給決定の額 決定	万　千　百　拾　円			総務課長	係長	係
※支給決定の額 付加						
死亡した年月日	平成 令和　年　月　日	摘要 取得	・　・	被扶養者 照合印		
		摘要 喪失	・　・			

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・埋葬料付加金支給申請書

被保険者（申請者）が記入するところ

① 被保険者の記号と番号	記号 / 番号	② 申請者の氏名と印		③ ㊞
④ 申請者の現住所	(郵便番号)			
⑤ 被保険者の勤務していた又は勤務する事業所の	㋐ 名称			
	㋑ 所在地			
⑥ 死亡した年月日	年　月　日	⑦ 死亡した原因		
⑧ 被保険者が死亡したための申請であるときはその者の	㋐ 氏名	㋑ 埋葬した年月日	年　月　日	㋒ 埋葬に要した費用 金　円 (別紙証拠書のとおり)
	㋓ 被保険者の最後の標準報酬月額 円	㋔ 死亡した被保険者と請求者との身分関係		
⑨ 被扶養者が死亡したための申請であるときはその者の	㋐ 氏名	㋑ 生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日生	㋒ 被保険者との続柄
⑩ 介護保険法のサービスを受けていたとき	市町村番号	受給者番号		発行機関名

事業主の証明するところ

⑪ 死亡した者の氏名		⑫ 死亡した者は被保険者ですか	被保険者　・　被保険者ではない
⑬ 死亡した年月日	平成・令和　年　月　日 死亡		

うえのとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業主　⑭ 住所

⑮ 氏名　⑯ ㊞

電話　(　　)　番

委任状欄

私は下記の者を代理と定め、本申請に基づく給付金を受領委任します。

令和　年　月　日

本人 住所

氏名　㊞

代理人 住所

氏名　㊞

令和　年　月　日提出

受付日付印

振込希望の金融機関 (資格喪失後の受給者のみ)

銀行・信金・信組　支店　普通・当座 (№　　)

フリガナ

口座名義

(3.2)

(注意事項)

1 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する文字を丸で囲んで下さい。

2 ①は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

3 ③・⑯および委任状欄（③と委任状欄本人の印は同じものであること。）に押印して下さい。

4 被保険者が死亡したための申請であるときは、⑨の㋐と㋑と㋒の各欄に、また被扶養者が死亡したための申請であるときは⑧の㋐から㋔までの各欄に「該当せず」とし、その他の欄は、洩れなく記載して下さい。

5 ⑧の㋑と㋒の欄は、死亡した被保険者の被扶養者が申請する場合に限り「該当せず」とし、その他の者が申請（この場合は、標題の「料」の文字を抹消すること。）する場合は、必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書（費用の内訳として品名、数量、単価および金額を明記してあることが必要です。）を添付して下さい。

6 ⑨の㋑欄と⑫は、それぞれ該当する文字を丸で囲んで下さい。

7 事業主の証明がとれないとき、または、死亡した原因が不明なときは、次の書類を添付してください。
＊死亡を証明できる書類（死亡診断書の写し等）を添付して下さい。

8 死亡の原因が交通事故や第三者の行為等によるものであるときは、必ず健康保険組合に連絡して下さい。

9 ※印の欄は記入しないで下さい。

10 被保険者が死亡したための申請であるときは、必ず健康保険組合に連絡して下さい。