1	2

被保険者(申請者)記入用①

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費） 支給申請書

被保険者					
事業所記号		被保険者整理番号		事業所名	
氏名				生年月日	○ 昭和 ○ 平成　　年　　月　　日

申請者情報				
〔申請者〕について ①被保険者が死亡の場合➡死亡者と「生計維持関係のあった親族」又は「実際に埋葬を行った方」が申請者になります。 ②被扶養者(家族)が死亡の場合➡死亡された方の生計を維持していた「被保険者」が申請者になります。				
住　所	〒　　－ TEL　　－　　－			
氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		生年月日	○ 昭和 ○ 平成　　年　　月　　日 ○ 令和
死亡者との続柄(関係)		☐ 被扶養者 ☐ 被扶養者以外の同居親族 ☐ 実際に埋葬を行った者	請　求	☐ 本申請をもって請求します。

◎ 在籍中の保険給付金受領は、事業所が定めた受領責任者になります。

受領委任	
本申請に基づく保険給付金は、下記受領責任者に委任します。 令和　　年　　月　　日	
受領責任者氏名	㊞

◎ 喪失後の保険給付金の振込は、個人の口座になります。

振込指定口座				
金融機関	銀行　　支店		預金種別	普通預金
口座番号		口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	

「被保険者(申請者)記入用②」に続きます。

受付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

1	2
	被保険者(申請者)記入用②

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費） 支給申請書

死亡者の情報

氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	○ 昭和 ○ 平成 年 月 日 ○ 令和
被保険者との続柄		死亡年月日	令和 年 月 日
死亡した原因（傷病名）			

原則、健康保険給付の対象外になります。

労災や第三者行為によって死亡した時	健康保険給付に支給申請した理由				
	労災・自賠責の担当者氏名及び連絡先（部署・電話番号）	担当部署名		TEL	－ －
		担当者名			

喪失後の申請の場合 ※被保険者のみ	健保名		保険者番号	
	事業所記号		被保険者整理番号	

ここまでが「被保険者(申請者)記入用②」になります。

◎ 「死亡診断書又は死体検案書」の写しが添付できない場合は下欄をご使用ください。

医師の証明

下記の通り、証明いたします。 令和 年 月 日

死亡した方の氏名	
死亡年月日	令和 年 月 日
死亡した原因・傷病名	
医療機関等住所	
医師名	

「医師 記入用」になります。