

					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 年 月 日 平成

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 - -				
	(フリガナ) 氏 名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
	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 ⑩					

◎ 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 信金 信組			本店 支店 出張所	預金種別 普通預金
	口座番号				(フリガナ) 口座名義	

「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 埋葬料(費) 支給申請書															
死亡者の情報	(フリガナ) 氏名					生年月日		昭和 平成 令和		年		月		日	
	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									
	被保険者 整理記号					被保険者 整理番号									

↑
ここまでの「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。