

健康保険  被保険者  家族 埋葬料（費）支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号		所 属 事 業 所		
	被保険者（申請 者）の氏名（自署）		被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	被保険者（申請 者）の住所	〒 ー			
	死亡年月日	令和 年 月 日	第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい		
	死亡の原因				「はい」の場合、「第三者の行為による傷病届」等 を提出してください。
	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		被保険者との続柄	
		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	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		被保険者と申請者 との身分関係	
埋葬した 年月日		令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額 ※領収書及び明細書の 原本を添付して下さい。		

事 業 主 が 証 明 す る 欄	死亡した者の氏名	死亡した者	死亡年月日
		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
	所在地 (事業主) 名称 代表者氏名		

※ 退職後に請求の場合のみご記入ください。（任意継続被保険者は記入不要です。）

被保険者（請求者）に対する支払金融機関の欄				
金融機関名	銀行・農協 金庫・信組	本店・支店 出張所	口座種別	1. 普通 2. 当座
口座番号	口座名義	フリガナ		

令和 年 月 日提出

〔添付書類〕

この申請書は市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写しのいずれかを添付してください。

受付日付印

事業所担当者		