

被保険者(申請者)記入用①

健康保険 被保険者 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	<input type="radio"/> 昭和	年	月

## 〔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。

申請者情報	住所	〒 -			TEL	- - -			
	(フリガナ) 氏名				生年月日	<input type="radio"/> 昭和	年	月	日
	死亡者との 続柄 (関係)	<input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者以外の同居親族 <input type="checkbox"/> 実際に埋葬を行った者	請求	<input type="checkbox"/> 本申請をもって請求します。					
	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 <span style="float: right;">印</span>							

## ◎ 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。

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	-----	-----	-----	-----	(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

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	(フリガナ) 氏名			生年月日	<input type="radio"/> 昭和 年 月 日 <input type="radio"/> 平成 年 月 日 <input type="radio"/> 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	- - -	
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。