健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ）	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
住所	（〒　　－　　）　都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	1．普通　3．別段 2．当座　4．通知	口座番号	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。）	口座名義の区分	1．申請者 2．代理人

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日 氏名　住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒　　－　　）　TEL　（　　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	委任者と代理人との関係

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

1 2

被保険者（申請者）・事業主記入用

被保険者氏名	

申請内容

	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
死亡した方の	令和　年　月　日		□ はい　□ いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

●家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき

ご家族の氏名		生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	被保険者との続柄	

亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき	□　1. はい　2. いいえ
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。	保険者名 記号・番号

●被保険者が死亡したための申請であるとき

被保険者の氏名		被保険者からみた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	円	法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額（調整減額）	円		

亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき	□　1. はい　2. いいえ
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。	保険者名 記号・番号

事業主証明欄

	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
死亡した方の		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する。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　TEL　（　　）

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者(社員様)が亡くなったときの記入例

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 1 ／ 番号 12345	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください 記号・番号が分からない場合のみマイナンバーを記入して下さい。
氏名	（フリガナ）ヤマダ　ハナコ 山田　華子	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 37年06月01日
住所	（〒 231 － 0000 ）神奈川 都道府県 横浜市中区●●町1-2	
電話番号（日中の連絡先）	TEL 045（ 224） 1234	

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

公金口座に関して相続人様の申請時はご利用いただけません。

金融機関名称	横浜 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　）	横浜駅前 本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	1　1．普通　3．別段　2．当座　4．通知	口座番号 0123456　左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。） ヤマダ゛　ハナコ	口座名義の区分 1　1．申請者　2．代理人

相続人様の口座を記入して下さい。

未記入

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

1 2

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）

被保険者(社員様)のお名前を記入して下さい。

被保険者氏名	山田　太郎

申請内容

	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
死亡した方の	令和 6 年 6 月 10 日	肺炎	□ はい ☑ いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

未記入

●被保険者が死亡した

被保険者(社員様)　相続人の続柄

被保険者の氏名	山田　太郎	被保険者からみた申請者との身分関係	妻	埋葬した年月日	令和 6 年 6 月 15 日
埋葬に要した費用の額	1 0 0 0 0 0 0 円	法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額（調整減額）	円		

亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき	2	1. はい　2. いいえ
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。	保険者名	
	記号・番号	

事業主証明欄

被保険者(社員様)の会社証明欄
(※市町村長の埋・火葬許可書の写しと死亡診断書 添付の場合は記入不要)

この申請書には①市町村長の埋・火葬許可書の写しと死亡診断書 ②事業主の証明どちらかが必要です。

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

ご家族様が亡くなったときの記入例

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 1 ／ 番号 12345	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください 記号・番号が分からない場合のみマイナンバーを記入して下さい。
氏名	（フリガナ）ヤマダ　タロウ 山田　太郎	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 37年06月01日
住所	（〒 231 － 0000 ）神奈川 都道府県 横浜市中区●●町1-2	
電話番号（日中の連絡先）	TEL 045（ 224） 1234	

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

退職した方のみ記入ください。
（こちらに記入する場合、名義区分は
1.申請者にしてください）
※公金口座受取払いは支払日まで日数がかかります。

退職した方のみ記入

口座名義の区分 2 1．申請者 2．代理人

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 6 年12月 2 日 氏名 山田　太郎　住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
	（ ー ） TEL （ ）	委任者と代理人との関係
		雇用主

口座名義区分を２と書いた方のみ記入して下さい。

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

1 2

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）

被保険者(社員様)のお名前を記入して下さい。

被保険者氏名	山田　太郎

申請内容

	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
死亡した方の	令和 6 年 6 月 10 日	くも膜下出血	□ はい　☑ いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

●家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき

ご家族の氏名	山田　華子	生年月日	□昭和 □平成 □令和 39 年 7 月 1 日	被保険者との続柄	妻

亡くなった方

亡くなられた家族は、退職等によ[illegible]認定を受けた方で、今回の請求は次に[illegible] ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき	2　1. はい　2. いいえ
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。	保険者名 記号・番号

未記入

事業主証明欄

被保険者(社員様)の会社証明欄
(※市町村長の埋・火葬許可書の写しと死亡診断書 添付の場合は記入不要)

この申請書には①市町村長の埋・火葬許可書の写しと死亡診断書 ②事業主の証明どちらかが必要です。