

※	同・令和	年	月	日	常務理事	担当	担当	担当	資格	得喪	年月日	
支給 決議 書	支給額	円									年月日	
	死亡日	令和	年	月	日					該当	法第105条	
	摘要										被扶養者	
	備考										台帳照合印	

記入例

健康保険

被保険者
家族

埋葬料（費）支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者（であった方）の記号・番号	被保険者（申請者）の氏名		被保険者の勤務していた又は勤務する事業所名称		
	100 - 1000	健保 太郎		〇〇株式会社		
	被保険者（申請者）の住所・電話番号	〒460 - 0000 愛知県名古屋市区名駅〇〇-△△		電話 052 (〇〇〇) ××××		
	死亡年月日	令和 4 年 3 月 23 日	死亡原因	急性心不全		
	第三者の行為によるものですか	1.いいえ		2.はい		
	◆被保険者が死亡したための申請の時はその者の					
	被保険者氏名	健保 一郎	死亡した被保険者と申請者の身分関係	父		
	埋葬年月日	令和 4 年 3 月 26 日	埋葬に要した費用	50,000 円		
	当健康保険組合資格喪失後3カ月以内の申請で、資格喪失後に家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の保険者名・電話番号・記号番号を記入して下さい。					
	保険者の名称		電話番号	保険証記号・番号		
◆家族（被扶養者）が死亡したための申請の時はその者の						
家族(被扶養者)氏名	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
当健康保険組合資格認定後3カ月以内の申請で、資格認定前に自身で健康保険に加入していたときは、その被保険者証の保険者名・電話番号・記号番号を記入して下さい。						
保険者の名称		電話番号	保険証記号・番号			
◆亡くなられた方が、介護保険法のサービスを受けていたときは下記欄を記入して下さい。						
市町村番号	受給者番号	発行機関名				
委任状	本申請にもとづく給付金の受領を下記の者に委任します。					
委任された者の事業所所在地	被保険者氏名					
事業所名称	被保険者が家族埋葬料申請時に在職中のときは、埋葬料は事業所振込になりますので、事業所所在地・名称・代表者					
代表者氏名						
死亡した者の氏名	健保 一郎	死亡した被扶養者	死亡した年月日	令和4 年 3 月 23日		
上記のとおり相違ないことを証明します。					令和 4 年 3 月 28 日	
事業主証明欄	事業所所在地 愛知県名古屋市区名駅〇〇		事業所名称 〇〇株式会社		代表者氏名 〇〇〇〇	
被保険者死亡による申請のときに記入してください。					被保険者が死亡のときは、申請者が振込を希望する銀行口座を記入してください。	
振込希望の銀行名	本・支店名	預金種別	口座番号	口座名義人		
〇〇〇〇	〇〇〇〇	1.普通 2.当座	1234567	ケンボ タロウ 健保 太郎		
備考欄						

【添付書類】

- 死亡について事業主の証明を受けられない場合、または任意継続被保険者が申請する場合は、死亡診断書（死体検案書）の写しか埋（火）葬許可証の写しを添付してください。
- 埋葬費の申請の場合は、埋（火）葬に要した費用の領収書原本（申請者の氏名が記載されたもの）、および費用の明細書写しを添付してください。