

※ 伺・令和		年	月	日							
支給 決 議 書	支給額				円	常務理事	担当	担当	担当	資格 得 喪	年月日
	死亡日	令和	年	月	日					該当 条文	年月日
	摘要										法第105条
	備考										被扶養者 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 一朗		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 2 年 7 月 1 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 ※2の「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。			
	◆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		死亡した被保険者と申請者の身分関係			
	埋葬年月日		令和 年 月 日		埋葬に要した費用 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		健保 花子		続柄 妻		
		生年月日		昭和 2 年 3 月 1 日 平成 令和		
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		被保険者 健保 一朗			
	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						
事 業 主 証 明 欄	死亡した者の氏名		健保 花子		死亡した年月日	
			死亡した者		被保険者 被扶養者	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		2 令和 7 年 3 月 日			
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。		支店名		預金種別		
		店・本店 支店 出張所		1.普通 2.当座		
		口座番号		口座名義人		
				フリガナ		
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。