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）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者等（右づめ）	記号 ○○○	番号 ○○○○	生年月日 ☑昭和 ☐平成 ○○年○○月○○日
氏名（自署の場合は押印を省略できます。）	（フリガナ）デﾝｾﾂ　ﾀﾛｳ 電設　太郎		事業所名称 △△ 株式会社
住所	（〒 ○○○ － ○○○○ ）		○○ 都道府県 ○○市 ○○区 ○○町 ○○番地
電話番号（日中の連絡先）	TEL ○○○（ ○○○ ）○○○○		

申請内容

死亡した方の	死亡年月日 令和 ○○年○○月○○日	死亡原因（外傷性の場合は「負傷原因届」を提出してください。） ○○○○○○○○○○○○○○○	第三者の行為によるものですか ☐はい ☑いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による負傷届」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	電設　花子	生年月日	☑昭和 ☐平成 ☐令和	○○年○○月○○日	被保険者との続柄 妻

● 被保険者が死亡したための申請であるとき（※欄は死亡した被保険者の健康保険上の被扶養者が請求する場合は記入不要です。）

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
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		※ 埋葬に要した費用の額 円

● 介護保険法のサービスを受けていたとき

保険者番号		被保険者番号		保険者名称	

事業主証明欄

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

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 △△県 △△市 △△町 △△番地

事業所名称 △△ 株式会社

事業主氏名 □□□ □□□ 代表者印

TEL □□□（ □□□ ）□□□□

振込先指定口座

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	普通	口座番号		口座名義（カタカナ）	

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄　印