

健康保険被保険者家族埋葬料(費)支給申請書
埋葬料(費)附加金

◎記入するときは、うらの「注意事項」をご覧ください

① 被保険者証の記号・番号		② 事業所名	
③ 死亡した年月日	平成・令和 年 月 日	④ 死亡した原因	
⑤ 発病または負傷の原因・状況 (なるべくくわしく)	いつ(発生日時) 平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	⑥ 第三者行為によるものですか ・はい ・いいえ	
	どこで(場所)		
	なにをしていて どのようにして 負傷したか		
私 用 ・ 通勤の行き帰り ・ 仕 事 中			
<被保険者が死亡したための請求であるとき>			
⑦ 被保険者氏名		⑧ 埋葬した年月日	平成 年 月 日 令和
⑨ 請求者との身分関係		⑩ 埋葬に要した費用(別紙証憑書のとおり)	
<被扶養者が死亡したための請求であるとき>			
⑪ 被扶養者氏名		⑫ 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
		⑬ 被保険者との続柄	
上記によって 埋葬料(費) ⑭ 千 一 住所 を請求します。 埋葬料(費)附加金 令和 年 月 日 フリガナ 被保険者(請求者)氏名 ⑮ 電話 () 一			
⑮ 死亡した者の氏名		⑯ 死亡した者	被保険者・被扶養者
⑰ 死亡した年月日	平成 年 月 日 令和	⑱ 死亡した原因	
上記のとおり相違ないことを証明します。			
		⑲ 事業所の所在地	
令和 年 月 日		事業所の名称	
		事業主氏名	⑲

委任状

上記保険給付金の受領を所属事業所担当者.....⑲ に委任します。

令和 年 月 日 被保険者氏名.....⑲

記入するときの注意事項

記入するときは、鉛筆は使用しないでください。

提出するときは、記入もれや印もれのないようにしてください。

被保険者が記入するところ

③欄、死亡した年月日を記入してください。

④欄、死亡した原因を記入してください。

⑤欄、死亡した原因が外傷(打撲、骨折など)によるものであるときは、発生の原因・状況等についてくわしく記入してください。

⑦⑧⑨欄、被保険者が死亡した場合に記入してください。

⑩欄、死亡した被保険者と生計維持関係のない者が埋葬(葬儀)を行った場合だけ記入し、埋葬に要した領収書および明細書を添付してください。

⑪⑫⑬欄、被扶養者が死亡した場合に記入してください。

⑭欄、住所は番地等を忘れないように(特に〇〇方、〇〇マンションなど)記入してください。

訂正したときは、⑭欄の被保険者(請求者)氏名と同じ印を訂正した箇所に押印してください。

事業主が証明をするところ

⑯欄、該当する文字を○で囲んでください。

訂正したときは、⑯欄の事業主の印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。

添付書類について

被保険者が死亡した場合で、被扶養者が申請する場合

死亡診断書もしくは死体検案書の写

被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の生計維持関係者が申請する場合

死亡診断書もしくは死体検案書の写

亡くなった被保険者と申請者が記載された住民票の写

被保険者が死亡した場合で生計維持関係者がいなく、実際に埋葬を行った方が申請する場合

死亡診断書もしくは死体検案書の写

亡くなった被保険者の戸籍(除籍)謄(抄)本の写

埋葬に要した費用の領収書原本

埋葬に要した費用の明細書