

健康保険 被保険者 埋葬料（費）請求書  
被扶養者

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

被 保 険 者  申 請 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は）		
	保険証の記号・番号（右づめ）	被保険者（請求者）所属・氏名	（フリガナ） ○		
	6 7 6 8				
	被保険者の生年月日	被保険者（申請者）の住所			
	昭和 平成 令和 年 月 日	〒	電話（ ） -		
	死亡年月日	死亡原因	埋葬した年月日	第三者行為によるものですか	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日	0：いいえ 1：はい	
	● 被扶養者が死亡したための申請であるとき				
	被扶養者の氏名		生年月日	被保険者との続柄	
	（フリガナ） ○		昭和 平成 令和 年 月 日		
● 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		被保険者からみた請求者との関係	埋葬に要した費用の額		
（フリガナ） ○			※生計維持関係のない方が申請される場合のみ記入 円		
支払金融機関（請求者の口座）	(銀行コード)	(支店コード)	口座番号（右づめ）		
	銀行 金庫 農協	支店	普通 当座		
口座名（カタカナで記入）					
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人（事業所の事業主）に委任します。				
	受取方法	代理人			
	<input type="checkbox"/> 給与振込	(事業所名)			
健 保 記 入 欄	支給区分	支給額	支給決定額		
	埋葬料（費）	・ 埋葬料：50,000円 ※被保険者の死亡で生計維持関係者からの申請の場合 ・ 埋葬費：50,000円の範囲内 ※被保険者の死亡で生計維持関係のない方からの申請の場合は、実際埋葬を行なった人に支給	円		
	家族埋葬料	・ 埋葬料：50,000円	支払印		

- ※ 太枠内を記入してください。
- ※ 添付資料・・・「死亡診断書」または「埋葬許可証」の写しを添付してください。  
埋葬費の場合は、埋葬にかかった費用の「領収書」の原本も添付してください。
- ※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)