

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

支給額		円
支給内訳	埋葬料	円
	埋葬料附加金	円
	埋葬費	円
	埋葬費附加金	円

支給支払決議書				
資格取得		年	月	日
資格喪失		年	月	日
支払年月日		年	月	日

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・埋葬料（費）支給申請書

申請者情報	被保険者	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)					
	住所	〒			—		
	事業所名称	事業所所在地			電話番号 (日中の連絡先)		

- ▶ 被保険者が亡なられた場合であっても、「被保険者記号・番号」「生年月日」「事業所名称」は被保険者の情報をご記入ください。
- ▶ 「氏名・印」「住所」「電話番号」「振込先」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

申請内容	死亡年月日	年	月	日	死亡原因	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	亡なられた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 ▶ ①へ <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ▶ ②へ					
	① 被保険者	被保険者からみた申請者との身分関係	葬祭した年月日	年	月	日	葬祭に要した費用の額
② 家族	その方の氏名	生年月日	年	月	日	続柄	

※ 死亡の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード					—			
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通 当座							

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	氏名			
		住所			
氏名	被保険者との関係()				

事業主の証明欄	亡なられた方の氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	年	月	日		
	上記のとおり相違ないことを証明します。					年	月	日
	所在地							
	事業所名称							
事業主氏名								
TEL ()								