健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（右づめ）	記号	番号	枝番 0 0
マイナンバー	記号・番号を記載した場合は記入不要です		
氏　名	（フリガナ）	生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日
住　所	〒　　ー　　都 道 府 県		
電話番号	自宅　（　　） 携帯　（　　）		
委任選択欄	申請書の審査・決定にあたり、組合からの支払決定通知書等の送付先及び問い合わせ方法について選択してください □ 1. 上記の被保険者（申請者）住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。 2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。（申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください）		

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（　　）（※ゆうちょ銀行は支店番号３桁を記入）		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	□ 1. 普通　3. 別段 2. 当座　4. 通知	口座番号	※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁での記入にご協力ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。）	口座名義の区分	□ 1. 申請者 2. 代理人

「２」の場合は受取代理人の欄を必ず記入ください。

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　年　月　日 氏名	
代理人（口座名義人）	（〒　　ー　　）　TEL　（　　） 住所 (ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	申請者との身分関係

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

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）・事業主記入用

申請内容

	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
死亡した方の	年　月　日		□ 1. はい → 第三者の行為による傷病届の提出が必要です 2. いいえ

●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		生年月日	□ 昭和 □ 平成 □令和 年　月　日	被保険者との続柄	

亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき	□　1. はい　2. いいえ
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。	保険者名 記号・番号

●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		申請者との身分関係		埋葬した年月日	年　月　日
埋葬に要した費用の額	円	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		

亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき	□　1. はい　2. いいえ
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。	保険者名 記号・番号

事業主証明欄

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

上記のとおり相違ないことを証明する。　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　TEL　（　）

１. 添付書類

１．被保険者本人が亡くなられたとき

・被保険者（申請者）情報は請求される方の氏名と振込口座を記入してください。
ただし被保険者等記号・番号又はマイナンバーは被保険者本人の情報を記載してください。

（１）申請者が被扶養者の方である場合は、事業主証明欄に証明を受けご提出ください。
※事業主の証明を得ないで申請する場合は、(2)①②のいずれか一つの添付が必要です。

（２）申請者が被扶養者の方ではない場合（埋葬費用を負担された方）
①死亡診断書の写し、火葬許可証の写し、死体検案書または検視調書の写しのいずれか一つ
②亡くなられた方の戸籍（除籍）謄本
③申請者の方の戸籍謄本
④埋葬（葬儀等）にかかった費用の領収書の写（申請者の名義であること）

２．被扶養者の方が亡くなられたとき

（１）添付書類はありませんので、事業主証明欄に証明を受けご提出ください。
※事業主の証明を得ないで申請する場合は、１.(2)①②のいずれか一つの添付が必要です。

２. 記入方法

組合ホームページの「申請書一覧（6.給付に関する書式）」にある記入例をご参照ください。

３. 注意事項

（１）記入を誤ってしまった場合の訂正方法について
記入誤りがあった場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記載してください。訂正印は不要ですが、訂正した方が分かるように訂正箇所付近の余白に氏名（フルネーム）を記入してください。

（２）振込先指定口座について
被保険者（申請者）の口座情報を記入してください。なお、被保険者（申請者）以外の方に振込を希望される場合は、「受取代理人の欄」に被保険者（申請者）および代理人の署名が必要になります。
※扶養家族の方の口座を希望した場合も「代理人」に該当します。受取代理人欄の記載もれがないようご注意ください。

（３）マイナンバーでの申請について
被保険者等の記号・番号が不明により、マイナンバーで申請する場合は、マイナンバー欄に番号を記入してください。なお、被保険者等の記号・番号は【資格情報のお知らせ】に掲載されています。

４. 提出先と振込日について

（１）申請書の提出（送付）先及び問い合わせ先
この申請書は、当組合（下記住所）または事業所の担当者を通じて提出してください。また、申請方法や制度についてのご質問は下記までご連絡をお願いします。

〒１３５－００４７　東京都江東区富岡２丁目１１-１２
倉庫業健康保険組合　給付課　ＴＥＬ０３－３６４２－８４３６

（２）振込日について
記載事項及び添付書類に不備がなければ受付日よりおおよそ２週間程で指定口座へお振込みいたします。
※保険給付決定支払通知書は振込日に、被保険者（申請者）情報の委任選択欄で記入（希望）された所へ送付いたします。