支払	支払年月日	令和　年　月　日				扱　者
決	支　給　額	円				
		月　日				

受付日付印

健康保険組合使用欄

記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

健康保険　被保険者 家族　埋葬料 埋葬費　支給申請書

チェック項目は該当するものに✓

◎記入方法及び添付書類等については、別紙「記入上の注意」を確認してください。

申請者が記入するところ

① 被保険者等記号・番号	記号 ○○○ / 番号 ○○○○	② 被保険者（申請者）の氏名	フリガナ ケンポ　ハナコ
③ 生年月日	☑昭和 ☐平成 ○ 年 3 月 1 日		
④ 被保険者（申請者）の住所	〒 ×××－××××　※都 ○○県△△	⑤ 電話番号	○○○-△△△△-□□□□
⑥ 事業所の名称	○○○○株式会社		
⑦ 死亡した年月日	令和 ○ 年 6 月 1 日	⑧ 死亡した原因	病死
⑨	☑ いいえ		

②、③、④、⑤は（亡くなった被保険者ではなく）申請する方について記入してください

被保険者が属していた事業所名称を記入

● 家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき

⑩ 被扶養者の氏名		生年月日	☐昭和 ☐平成 ☐令和　年　月

● 被保険者が死亡したための申請であるとき

⑪ 被保険者の氏名	健保　太郎	被保険者からみた申請者との身分関係	妻
⑫ 埋葬を行った年月日	令和 ○ 年 6 月 4 日	⑬ 埋葬に要した費用	650,000 円

【 被保険者の子である場合 】
「長男」「二女」等くわしく記入

【 血縁ではない場合 】
被保険者との関係を簡潔に記入

領収書に記載の金額を記入

事業主が証明する欄

⑭ 死亡した方の氏名	健保　太郎	⑮ 死亡した方	☑ 被保険者 ☐ 被扶養者	⑯ 死亡した年月日	令和 ○ 年 6 月 1 日

⑰ 上記のとおり相違ないことを証明し　証明日　令和 ○ 年 6 月 9 日

所在地　○○都△△区□□□

名　称　○○○○株式会社

事業主氏名　●●　●●

TEL　○○－△△△△－□□□□

事業所担当者が記入
（任意継続被保険者もしくは資格喪失後の申請の場合は記入不要）

※ ⑲・⑳については「記入上の注意」を参照のうえ、必要な部分について記入してください。

⑲ 支払金融機関

一二三四五	☑銀行 ☐信組 ☐金庫 ☐農協	新橋	☑支店 ☐出張所
金融機関コード〔 9999 〕		店番号〔 999 〕	

預金種別	口座番号	フリガナ	
☑普通 ☐当座	○○○○○○○	口座名義	ケンポ　ハナコ / 健保　花子

⑲・⑳は「記入上の注意」の「給付金の振込先について」を参照のうえ必要箇所を記入する

備考欄
被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。

⑳ 委任状

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日

被保険者（申請者）　住所

氏名

受取代理人　住所　〒　－　TEL

フリガナ

氏名

事業所担当者印　担当

（在職中の被保険者死亡についての申請の場合）事業所担当者は必ず押印

※ 訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正