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）が記入するところ

被保険者等記号・番号	記号 番号	被保険者氏名・生年月日	(フリガナ) 昭和・平成　年　月　日	
被保険者住所	(フリガナ) 〒 TEL　(　　)			
被保険者の勤務している(していた)事業所名称				
死亡した年月日	令和　年　月　日	死亡の原因		第三者行為によるものですか はい　・　いいえ
被扶養者の死亡による申請の時	被扶養者氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	被保険者との続柄	
被保険者の死亡による申請の時	申請者氏名		被保険者からみた申請者との身分関係	
	葬儀を行った年月日	令和　年　月　日	埋葬に要した費用の額	※1　円
介護保険法のサービスを受けていたとき	市区町村番号	受給者番号	発行機関名	

喪失後3ヵ月以内及び被扶養者認定3ヵ月以内の申請の場合	保険者名及び電話番号	記号・番号	被保険者氏名(世帯主名)	被保険者との続柄	(備考)
資格喪失後家族の被扶養者となった時は、その被保険者証の 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の					

※2 事業主が証明する欄

死亡した方の氏名		死亡した方は	被保険者 被扶養者	死亡した年月日	令和　年　月　日死亡

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業主所在地

事業所名称

事業主氏名　TEL　(　　)

振込口座

※被保険者本人名義の銀行口座をご記入ください。

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合 ☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）
注）口座情報の反映は登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

預金種別	普通・当座	銀行　信用金庫 信用組合　農協	本店 支店
口座番号		口座名義(カタカナ)	

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄

被保険者　住所

（申請者）　氏名

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。

代理人　住所

（口座名義人）　(フリガナ)

氏名

受付日付印

生長会健康保険組合

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）

記入上のご注意

1. 標題の「被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する文字を〇で囲んでください。
2. ※1埋葬に要した費用は埋葬費の請求を行う場合のみご記入ください。また、その際には領収書(原本)の添付が必要です。（埋葬費とは埋葬を行う家族がいない場合に勤務先関係者等が埋葬を行った場合に支払われるもので、家族が埋葬を行った場合は、埋葬料が支給されますので、※1の記入及び領収書の添付は不要です。）
3. ※2事業主の証明が受けられない場合(退職後・任意継続被保険者)の場合は、市区町村長の埋火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検死調書のいずれかの写しを添付してください。
4. 被保険者、被扶養者以外の方から申請される場合は、戸籍謄本全部証明書等の身分関係(続柄)を証明する書類を添付してください。
5. 死亡原因が第三者の行為によるものであときは、別に「第三者行為による傷病届」が必要となります。(当健保組合までご連絡ください。)