

健康保険 本人・家族 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金 支給申請書

(訂正する場合は申請者が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。申請者以外の方による訂正は認められません)

申請者情報	① 被保険者等 記号・番号 <small>※当組合の記号・番号</small>	記号	番号	② 申請者の名 (フリガナ)	
	③ 申請者の 現住所	〒			昭・平・令 年 月 日
	④ 事業所名称	※本人(被保険者)が勤務している、または勤務していた事業所名称をご記入ください			
					日中連絡のとれる電話番号
					自宅 - - 携帯 - -

申請内容	⑤ 亡くなった方の氏名	⑥ 亡くなった方の生年月日	昭・平・令 年 月 日	⑦ 被保険者との続柄
	⑧ 亡くなった年月日	令和 年 月 日	⑨ 具体的な死因	⑩ 被保険者が亡くなった場合、被保険者との身分関係 <small>(妻、父)</small>
	■被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持されていた方がいない場合で、実際に埋葬を行った方が申請する場合は⑪(ア)(イ)を全てご記入ください			
⑪(ア) 埋葬した年月日	令和 年 月 日	⑪(イ) 埋葬に要した費用の額	円	⑪を記入した場合、埋葬に要した費用の領収書と明細書の提出が必要です。(コピー不可。申請の手引き参照)

死因の詳細	⑫ 原因 <small>※該当番号に○</small>	1. 病気 2. 外傷 (自損・交通事故・暴行、傷害) 3. その他()			
	⑬ 「2. 外傷」に該当する方は具体的な状況と☑を記入	⑬ 負傷日時(いつ)	令和 年 月 日 (午前・午後 時頃)		
		負傷場所(どこで)	(例 自宅で/ 山で 等)		
		負傷した状況	(例 自宅階段から転倒/ 登山中に登山道から滑落 等)		
⑬ 第三者行為の確認		<input type="checkbox"/> 相手がいない	<input type="checkbox"/> 相手がいる ※1	労災の確認 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 労災 ※2	

※1 原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要です。該当する方は別紙「申請の手引き」をご確認ください。

※2 仕事中、通勤・退勤途中の原因により亡くなった場合は、労災保険給付の対象となるため当組合へ申請することはできません。勤務先へお問合せ下さい。

(訂正する場合は事業主が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。事業主以外の訂正は認められません)

事業主が証明する欄	⑭ 亡くなった方の氏名	※区分に○を記入 (被保険者・被扶養者)	⑮ 亡くなった年月日	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。 記入年月日 令和 年 月 日			
	⑯ 事業主 事業主所在地および名称	⑰ 事業主氏名		
連絡先 ()				

給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に☑をご記入ください

<input type="checkbox"/> 会社振込 勤務先の「給付金専用口座」への振込を希望します。	<input type="checkbox"/> 公金受取口座 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。	<input type="checkbox"/> 個人(申請者)口座 被保険者(申請者)の「個人口座」への振込を希望します。
--	--	--

被保険者等記号・番号を記入せずにマイナンバーにより申請する方は下欄へ記入し、個人番号および本人確認書類を添付してください。

(12桁)

個人(申請者)口座を選択した方のみ下記を記入

支払金融機関	銀行・農協	本店	預金種別
	信金・信組	支店	普通・当座
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)	フリガナ	
	口座名義		

受付日付印

(2026年4月)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--