

健康保険(被保険者・家族)埋葬料(費)支給申請書

請求者情報	被保険者等	記号		番号		被保険者(請求者)氏名	
	被保険者(請求者)の住所		〒		—	TEL ()	

対象者情報	死亡した者の氏名				被保険者との続柄			
	死亡年月日	令和	年	月	日	死亡原因		
	死亡の原因は第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい (『交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届』を添付してください。) <input type="checkbox"/> いいえ						
	被保険者が死亡した場合	被保険者と請求者との続柄						
		被請求者が被保険者の場合の	被保険者と請求者は同一世帯でしたか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			被保険者と請求者は生計維持関係がありましたか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			『はい』の場合	被保険者との生計維持関係を記入してください				
『いいえ』の場合	埋葬年月日				令和	年	月	日
	埋葬に要した費用の額				円			
備考								

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名		被保険者との続柄		死亡年月日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。								
	事業所所在地								
	事業所名称								
	事業主氏名								
	電話番号								

- 【添付書類】 ●請求者が被保険者および被扶養者以外の場合は、被保険者と請求者との関係を示した書類。
 ●被保険者が死亡した場合に、生計維持関係のない者が請求する時は、埋葬に要した費用の証拠書類。
- 【注意事項】 ●「※」欄は記入しないでください。

委任状	所在地	給付金の受領を次の者に委任いたします。			令和	年	月	日	提出
	名称								
	氏名								
	被保険者氏名				令和	年	月	日	

※受付日付印

被保険者が資格喪失後請求の場合記入

支払金融機関の欄	支払金融機関名	農協 本・支店 銀行 本・支所 信金・信組 (本・支どちらか○印)			
	預・貯金口座	種別	普・当	口座番号	
	預・貯金口座名義人	(フリガナ)			

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

※支給決議書	伺日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	次長	係				
	決裁日	令和	年	月	日								
	死亡年月日	令和	年	月	日								
	支給額	法定	円			資格	取得	平・令			年	月	日
		付加	円				喪失	令和			年	月	日
	計	円			備考								

健康保険(被保険者・家族)埋葬料(費)支給申請書

請求者情報	被保険者等	記号	901	番号	920	被保険者(請求者)氏名	保険 花子
	被保険者(請求者)の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県伊勢崎市〇〇町〇〇番地				TEL 027(〇〇〇)〇〇〇〇	

対象者情報	死亡した者の氏名	保険 太郎		被保険者との続柄	本人		
	死亡年月日	令和 6 年 11 月 1 日		死亡原因	肺炎		
	死亡の原因は第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい (『交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届』を添付してください。) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
	被保険者が死亡した場合	被保険者と請求者との続柄	妹				
		被請求者が被保険者でない場合の	被保険者と請求者は同一世帯でしたか		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
		『はい』の場合	被保険者と請求者は生計維持関係がありましたか		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
『いいえ』の場合		被保険者との生計維持関係を記入してください		同居家族で生計を共にしていた			
		埋葬年月日		令和 年 月 日			
		埋葬に要した費用の額		円			
備考	※備考欄に葬儀日を記入してください。						

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	保険 太郎	被保険者との続柄	本人	死亡年月日	令和 6 年 11 月 1 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 6 年 11 月 10 日				
	事業所所在地	●●市●●町●●番地				
	事業所名称	〇〇農業協同組合				
	事業主氏名	代表理事組合長 大地 耕作				
電話番号	000-000-0000					

- 【添付書類】 ●請求者が被保険者および被扶養者以外の場合は、被保険者と請求者との関係を示した書類。
●被保険者が死亡した場合に、生計維持関係のない者が請求する時は、埋葬に要した費用の証拠書類。
- 【注意事項】 ●「※」欄は記入しないでください。

委任状	所在地	給付金の受領を次の者に委任いたします。	
	名称		
	氏名		
	被保険者氏名	令和 年 月 日	

令和 6 年 12 月 2 日 提出

※受付日付印

被保険者が資格喪失後請求の場合記入

支払金融機関の欄	支払金融機関名	群馬 農協 銀行 群馬 本・支店 本・支所 (本・支どちらか〇印)	
	預・貯金口座	種別	普・当 口座番号 123456
	預・貯金口座名義人	(フリガナ)	ホケン ハナコ 保険 花子

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

※支給決議書	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係
	決裁日	令和 年 月 日				
	死亡年月日	令和 年 月 日				
	支給額	法定	円	資格	取得	平・令 年 月 日
		付加	円		喪失	令和 年 月 日
	計	円	備考			