



同 年 月 日	平 成 年 月 日	常務理事	事 務 長	部 長
支 給 額				
支 給 内 訳	法 定		課長	係長
	付 加			係
資 格	取 得	年 月 日	認 定	年 月 日
	喪 失	平 成 年 月 日	削 除	平 成 年 月 日

※ 支給決議書

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書
被扶養者 埋葬料付加金

申 請 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者証記号・番号	② 申請者の氏名	③ 印	
	④ 申請者の現住所	TEL ()		
	⑤ 被保険者の勤務していた又は勤務している事業所名			
	⑥ 死亡年月日	平成 年 月 日	⑦ 死亡の原因	
	⑧ 被保険者死亡の申請であるときはその者の			
	⑦ 被保険者氏名	① 生年月日	平成 年 月 日	昭和
	⑦ 被保険者と申請者の関係	⑧ 埋葬費用	(別添証拠書のとおり) 円	
	⑨ 被扶養者死亡の申請であるときはその者の			
	⑦ 被扶養者氏名	① 生年月日	平成 年 月 日	昭和
	⑦ 被保険者との続柄	⑧		
⑩ 備考				

事業主が証明するところ	⑪ 死亡した者の氏名	⑫ 死亡した者	被保険者・被扶養者
	⑬ 死亡年月日	平成 年 月 日 死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します		平成 年 月 日
事業主	⑭ 住所	⑮ 氏名	⑯ 印

平成 年 月 日提出

事業所 担当者印

〔受付日付印〕

社会保険労務士の 提出代行者印		印
--------------------	--	---

死亡診断書(死体検案書)記載事項証明書

死亡者の	氏名		性別	男・女	年令	満才
発病年月日	年 月 日	死亡の年月日時分	平成	年 月 日	午前	時 分
死亡の箇所	1. 病院 2. 診療所 3. 助産所 4. 自宅 5. その他 1. 2. 3. の名称 ()					
死亡の種類	1. 病死及び自然死、外死因 (2. 不慮の中毒死 3. その他の災害 4. 自殺 5. 他殺 6. その他及び不詳) 7. その他及び不詳					
死亡の原因	1. 直接死因					
	2. (1)の原因					
	3. (2)の原因					
特筆事項						
上記のとおり診断(検案)する		住所氏名	印			
平成 年 月 日						

委任状	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します 平成 年 月 日					
	申請者	住所氏名	印			
代理人 (事業主)	住所氏名	印				

【添付書類】

1. 死亡診断書、またはその写を添付すること。添付できない場合は、この申請書の死亡診断書(死体検案書)記載事項証明書に証明を受けてください。

【注意事項】

2. ③欄と⑩欄及び委任状欄は、印洩れのないよう押印してください。
3. 被保険者が死亡したための申請であるときは⑨の㉗と㉘と㉙の各欄に、また、被扶養者が死亡したための申請であるときは⑧の㉗から㉙までの各欄に「該当せず」とし、その他の欄は洩れなく記載してください。
4. ⑧の㉙の欄は死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行う者が申請する場合は記入する必要はありません。なお、その他の者が申請する場合は必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること。)を添付してください。
5. 死亡が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作成してこの申請書に添付してください。