

記入例

この部分には記入しないでください。

被保険者ご本人が亡くなった場合。

健康保険証を見て正確にご記入ください

該当する項目に○を付けてください。

忘れずに押印ください

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

この欄にご記入ください

① 被保険者証記号・番号		② 申請者の氏名		報道 花子		③ 報道
1	2	3	4	5	6	7
④ 申請者の現住所		〒 △△△ - △△△△		埼玉県〇〇市〇〇町 △△-△△-△ 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		(勤務先名称) 〇〇〇〇 株式会社				
⑥ 死亡年月日	平成 △△ 年 5 月 1 日		⑦ 死亡の原因	心不全		
⑧ 被保険者死亡の申請であるときはその者の						
(ア) 被保険者氏名	報道 太郎		(イ) 生年月日	平成 △△ 年 12 月 1 日 昭和		
(ウ) 被保険者と申請者の関係	妻		(エ) 埋葬費用	△△△, △△△- 円 (別添証拠書のとおり)		
⑨ 被扶養者死亡の申請であるときはその者の						
(ア) 被扶養者氏名	(イ) 生年月日	平成 年 月 日	(ウ) 被保険者との続柄			
⑩ 備考						

該当する項目に○をつけてください。

事業主が証明するところ	⑪ 死亡した者の氏名	報道 太郎		⑫ 死亡した者	被保険者・被扶養者	
	⑬ 死亡年月日	平成 △△ 年 5 月 1 日 死亡		勤務先で証明を受けてください。		
	うえのとおり相違ないことを証明します		平成 △△ 年 7 月 10 日			
事業主	⑭ 住所	東京都千代田区〇〇町△△-△△ 〇〇ビル		⑮ 氏名	〇〇〇〇株式会社 代表取締役 〇〇〇 〇〇	

平成 △△ 年 8 月 7 日提出

受付目付印

事業所
担当者印

社会保険労務士の
提出代行者印

忘れずに押印
ください。

記入例

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	年齢	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 午後 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			
死亡の種類) 自殺 5. 他殺			
死亡の原因	1. 直接原因			
	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 平成 年 月 日	住所氏名	⑩		

**死亡診断書の写しを添付された場合は
この欄を記入する必要はありません。**

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	△ 日
	<p style="border: 2px solid orange; padding: 10px; text-align: center;"> 被保険者ご本人が亡くなった場合は、申請者の個人口座に振込むため、この欄を記入する必要はありません。 </p> <p style="border: 2px solid orange; padding: 10px; text-align: center;"> 個人口座の登録用紙は、当健保組合給付課 (03-3263-1317)までお問い合わせください。 </p>	⑩

【添付書類】

ア 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】

- イ ⑩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。
- ウ 被保険者が死亡したための申請であるときは⑩の(ア)と(イ)と(ウ)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⑩の(ア)から(エ)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。
- エ ⑩の(エ)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。
- オ 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。

記入例

この部分には記入しないでください

ご家族が亡くなった場合

該当する項目に○を付けてください

健康保険証を見て正確にご記入ください

忘れずに押印ください

この欄にご記入ください

① 被保険者証記号・番号 1 2 3 - 4 5 6 7		② 申請者の氏名 報道 太郎		③ <input checked="" type="checkbox"/> 報道
④ 申請者の現住所 〒 △△△ - △△△△ 埼玉県〇〇市〇〇町 △△-△△-△		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 (勤務先名称) 〇〇〇〇 株式会社				
⑥ 死亡年月日 平成 △△ 年 2 月 10 日	⑦ 死亡の原因 脳出血			
⑧ 被保険者死亡の申請であるときはその者の				
(ア) 被保険者氏名	(イ) 生年月日 平成 年 月 日	昭和 年 月 日		
(ウ) 被保険者と申請者の関係	(エ) 埋葬費用 円	(別添証拠書のとおり)		
⑨ 被扶養者死亡の申請であるときはその者の				
(ア) 被扶養者氏名 報道 花子	(イ) 生年月日 平成 △△ 年 8 月 1 日	(ウ) 被保険者との続柄 妻	昭和	
⑩ 備考				

該当する項目に○をつけてください。

⑪ 死亡した者の氏名 報道 花子	⑫ 死亡した者 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者
⑬ 死亡年月日 平成 △△ 年 2 月 10 日 死亡	
勤務先で証明を受けてください。 うえのとおり相違ないことを証明します 平成 △△ 年 4 月 20 日	
⑭ 住所 東京都千代田区〇〇町△△-△△ 〇〇ビル	⑮ 氏名 〇〇〇〇株式会社 代表取締役 〇〇〇

事業所
担当者印

平成 △△ 年 7 月 25 日提出

受付印

忘れずに押印
ください。

社会保険労務士の
提出代行印

記入例

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	年齢	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 午後 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			
死亡の種類	1. 病死 2. 自殺 3. 他殺 4. 病死 5. 他殺 6. その他			
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 平成 年 月 日			住所氏名 ⑩	

死亡診断書の写しを添付された場合はこの欄を記入する必要はありません。

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	埼玉県〇〇市〇〇町 △△-△△-△ 報道 太郎	
	代理人(事業主)	住所氏名	事業主(勤務先)記入・押印欄 ⑩	

忘れずに押印してください。

【添付書類】

ア 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】

- イ 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。
- ウ 被保険者が死亡したための申請であるときは⑨の(ア)と(イ)と(ウ)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⑨の(ア)から(エ)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。
- エ ⑨の(エ)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。
- オ 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。