組合記入欄	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係	資格取得日	伺年月日
							S·H·R　年　月　日	令和　年　月　日
							資格喪失日	死亡年月日
							令和　年　月　日	令和　年　月　日

健康保険　被保険者・家族 埋葬料（費）支給申請書	支給額	百万	拾万	万	千	百	拾	円	
									法定
									付加

【ご注意ください】
① 文字が消えるボールペン(フリクションペン)や修正液･テープを使用した届出申請は受付できません。
② 傷病の原因がケガの場合は「負傷原因届」、第三者の行為による場合は「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。
③ 被保険者(申請者)及び事業所以外の代理人口座への給付金振込を希望する場合は、別紙･確認書類の添付が必要となります。
※ 記入する際は、必ず記入例を参考に記入してください。

申請者情報				
被保険者等	記号　番号	生年月日	昭･平　年　月　日	
氏名	(フリガナ)	携帯電話番号		
		自宅電話番号		
住所	〒　－	都・道 府・県		
事業所名称		提出委任	□ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)	

振込先				
金融機関名称	銀行･信金･信組 農協･その他(　)	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 (　)	
	支店･本店･出張所 その他(　)	口座番号		
口座名義 (カタカナで記入)				

委任状			
口座名義が代理人の場合に記入してください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和　年　月　日
	代理人 (口座名義人)	住所	
		氏名	被保険者との関係(　)

申請内容							
死亡年月日	令和　年　月　日	死亡原因		第三者行為によるものですか	はい ／ いいえ		
亡くなられた方	□ 被保険者 → ①へ　□家族(被扶養者) → ②へ						
①被保険者	被保険者からみた 申請者との身分関係		葬祭年月日	令和　年　月　日	葬祭費用額	円	
②家族	氏名		生年月日	昭･平･令　年　月　日	続柄		
労災保険からの 葬祭料又は遺族(補償)給付について	受給中 ／ 請求中 ／ いいえ	請求先の労働基準監督署		労働基準監督署			

事業主証明欄				
亡くなられた方の氏名		□ 被保険者 □ 被扶養者	死亡年月日	令和　年　月　日
上記の通り相違ないことを証明します。			証明日 令和	年　月　日
所在地				
事業主名称			担当者氏名	
事業主氏名			連絡先	

マイナンバー記入欄（被保険者等記号･番号を記入した場合は記入不要です。）

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄