

健 保 使 用 欄	支給決定額	受取代理人	常務理事	担当上司	担 当
	円	無・有			

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

※個人番号で申請される場合は、備考欄(被保険者記入欄下部)に個人番号を記載してください。ただし、その場合は個人番号確認書類及び身元確認書類の提出が必要となります。

被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者(申請者)の氏名				生年月日		
			(フリガナ)				昭和 平成	年 月 日	
	被保険者 (申請者) の住所	郵便番号		(フリガナ)				電話番号	
								- -	
	事業所(会社)の名称			事業所(会社)の所在地			TEL - -		
	死亡した年月日		令和 年 月 日	死亡原因		第三者の行為によるものですか はい・いいえ			
	被扶養者が死亡した ための申請である ときは、その者の		被扶養者氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との 続柄		
	被保険者が死亡した ための申請である ときは、その者の		被保険者氏名		被保険者と申請者 との身分関係				
			埋葬した年月日		令和 年 月 日	埋葬に要した 費用の額		円	
	備考欄								

事 業 主 証 明 欄	死亡した者の氏名	死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した年月日	令和 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する				
	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	TEL ()	令和 年 月 日

支 払 金 融 機 関 の 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	預金種別	1:普通 2:当座
	口座番号	口座名義	(フリガナ)	

※被保険者(申請者)以外の口座に振込を希望する場合は、下記の受取代理人欄に記入して下さい。

受 取 代 理 人 の 欄	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。		代理人の氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係
	被保険者 (申請者) 住所 氏名	令和 年 月 日			
	代理人の住所	郵便番号	(フリガナ)	電話番号	

負傷原因記入欄

被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	1. いつケガ(負傷)をしましたか。 令和 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃	5. ケガ(負傷)をした原因ではある場合がありますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ)・ <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場の行事・ <input type="checkbox"/> 職場の行事外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない
	2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他()	6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか。加害者ですか。 相手 <input type="checkbox"/> 有 → { <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 } ※相手の負傷の場合は、「第三者の行為による 傷病届」が必要となります。
	3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・ <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤)・ <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用・ <input type="checkbox"/> その他()	7. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。
	4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 <input type="checkbox"/> 会社内・ <input type="checkbox"/> 道路上・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()	

- 本人死亡の場合で、被扶養者として認定されていない者が申請する場合は、その身分及び生活維持関係を明らかにできる、住民票(マイナンバー)の記載がないものを添付して下さい。なお、住居が別の場合は定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金書留の写し等を添付して下さい。
- 死亡した被保険者に家族がないときは、埋葬を行った人に埋葬料の額の範囲で埋葬にかかった費用が埋葬費として支給されます。その場合は、埋葬に要した領収書及び埋葬に要した費用の明細書を添付して下さい。
- 事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類(死亡診断書の写し、埋葬許可証の写し、火葬許可証の写しなど)の添付が必要です。
- 死亡原因が負傷の場合は、「負傷原因記入欄」に必要事項を記入してください。死亡原因が病気の場合は記入不要です。
- 負傷した原因が第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。