

組合記入欄	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係	資格取得日	同年月日									
							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												
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	<input type="checkbox"/> 被保険者 → ①へ		<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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												
	事業主氏名			担当者氏名									
				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