

こちらは記入例です。

実際に申請書に記入する際は、黒色または青色の消えないボールペンを使用の上

記入例に沿って記入してください。

八欄	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	〇〇	番号	〇〇〇〇	生年月日	昭・平	〇	年	〇	月	〇	日
	氏名	(フリガナ)	ガイシヨク タロウ 外食 太郎				携帯電話番号	□□□-□□□□-□□□□					
	住所	〒	〇〇〇	-	〇〇〇〇	東京	都・道 府・県	港区 〇〇〇〇					
	事業所名称	株式会社 〇△□											

振込先	金融機関名称	〇〇	銀行・信金・信組 農協・その他( )	預金種別	※ゆうちょ銀行の場合※ 【支店名】は必ず【一二六】等の 漢数字の支店名を記入してください。		
	口座名義 (カタカナで記入)	〇〇	支店・本店・出張所 その他( )	口座番号			

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)	※請求者への振込の場合は記入しないでください※				
		代理人 (口座名義人)					

申請内容	死亡年月日	令和	〇	年	〇〇	月	〇〇	日	死亡原因	病死	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 checked="" 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	妻		葬祭年月日	令和	〇	年	〇〇	月	〇	日	葬祭費用額	〇〇	円
	②家族	氏名			生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄					

事業主証明欄	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 / <u>いいえ</u>	請求先の労働基準監督署	労働基準監督署			
	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 3 年 12 月 24 日					
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都 港区 〇〇〇〇 〇-〇〇-〇〇					

事業主名称	株式会社 〇△□
事業主氏名	△□ 〇〇
担当者氏名	□□課 □□
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