

健康保険 被保険者 埋葬料（費）支給申請書 家族

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。				
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()		
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

▶ 被保険者が亡くなられた場合であっても、「被保険者等記号・番号」「生年月日」「事業所名称」は被保険者の情報をご記入ください。
▶ 「氏名」「住所」「電話番号」「振込先」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・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	
	※ゆうちょ銀行口座の支店名は、『数字3桁』です。		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人
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ご記入ください。	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	葬祭した 年月日	令和	年	月	日	葬祭に要した 費用の額	万円
	② 家族	その方の 氏名	生年月日	昭・平 令	年	月	日	続柄	

※ 死亡の原因が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。

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	
	上記のとおり相違ないことを証明します。							
	所在地							
	事業主氏名	TEL	()					

※ 事業主の証明を受けられない場合は、この申請書に市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書のいずれかの写しを添付してください。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

埋葬料（費）支給申請書 記入例

東京都二ツト 健康保険組合 | 業務部 03-3626-1400

健康保険 被保険者 埋葬料（費）支給申請書 家族

被保険者情報	1 被保険者等 記号・番号	記号	9 9	番号	2 4 8	記号番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。
	2 氏名	(フリガナ)	トウキョウ ハナコ	生年月日	昭・平・令 ××年××月×日	
	住所	〒 111-0000	東京	都・道府・県	△△区○○○ ××-×-×	
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)				

▶ 被保険者が亡くなった場合であっても、「被保険者等記号・番号」「生年月日」「事業所名称」は被保険者の情報をご記入ください。
▶ 「氏名」「住所」「電話番号」「振込先」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

振込先	3 振込先 金融機関名称	銀行・金庫・信組 郵便、その他()	預金種別	普通 当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	△△△ ※ゆうちょ銀行口座の支店名は、「数字3桁」です。	支店・本店・出張所 その他()	口座番号

0 1 2 3 4 5 6

口座名義区分別 被保険者(申請者)・代理人

委任状	4 委任状 委任者が代理人の場合にご記入ください。	被保険者(申請者) 氏名	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 4月 1日	死亡原因	心筋梗塞	5 第三者行為によるものですか ※ はい(いいえ)
	亡くなった方	<input type="checkbox"/> 被保険者 > ①へ <input checked="" 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	葬祭した 年月日	令和 年 月 日	6 葬祭に要した 費用の額 ×××万円

② 家族 その方の
氏名 東京都 生年月日 昭・平・令 ×年 4月 5日 続柄 母

※ 死亡の原因が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。

事業主証明欄	亡くなった方の 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
	所在地	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		
	事業所名称	事業主の証明を受けられない場合は、この申請書に市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書のいずれかの写しを添付してください。		
	事業主氏名	TEL ()		

※ 事業主の証明を受けられない場合は、この申請書に市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書のいずれかの写しを添付してください。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

東京都二ツト 健康保険組合

(R06.12)

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 被保険者等記号番号は、資格情報のお知らせ・資格確認書またはマイナ保険証登録済みであれば、マイナポータルサイトからご確認いただけます。
- 被保険者が亡くなられての申請の場合は、生年月日のみ被保険者の情報をご記入ください。氏名、住所、電話番号は申請者の情報をご記入ください。（振込先口座も同様です。）
- 給付振込口座をご記入ください。ゆうちょ銀行を希望の場合、支店名が数字3桁、口座番号が数字7桁でご記入ください。
- 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。
- 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。
- 葬儀代（霊柩車代、霊前への供物代、僧侶への謝礼などを含む。）をご記入ください。

添付書類（ご不明な点がございましたら、当組合（右上の電話番号）までお問い合わせください。）

埋葬料（家族埋葬料） 被保険者（被扶養者）が亡くなり、 被扶養者（被保険者）が申請する場合	添付書類なし
埋葬料 被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者 により生計維持されていた方が申請する場合	① 生計維持を確認できる書類 同居：住民票（被保険者と申請者が記載されているもの） 別居：定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金 書留の封筒の写しなど ② 被保険者と申請者の続柄など身分関係を確認できる書類
埋葬費 被保険者が亡くなり、被保険者により生計維持 されていた方がおらず、実際に埋葬（葬儀）を 行った方が申請する場合	① 領収書の原本及び費用の明細書 支払った方（申請者）のフルネーム及び費用の詳細が記 載されているもの ② 被保険者と申請者の続柄など身分関係を確認できる書類

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。