健康保険 埋葬料（費）支給申請書

被保険者（請求者）記入欄

記号・番号	－	事業所名		
死亡者氏名		生年月日	□昭和 □平成 年 月 日 □令和	被保険者との続柄
死亡年月日	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 □ 「はい」は負傷原因届の添付が必要

給付金の受取方法について選択に☑

□ 事業所払いを希望する（事業所経由で給与と併せて支給／支給日：事業所の給与支給日）

□ 本人払いを希望する（本人口座に直接支給／支給日：毎月2日、土日祝の場合はその翌日）

銀行 ・ 信用金庫 他（ ）		本 店 ・ 支 店 他（ ）	
金融機関コード		支店コード	
普通	口座番号	口座名義	

上記のとおり請求します。

また、給付金の事業所払い(受取代理)を選択した場合は事業主に給付金の受領に関する権限を委任します。

令和 年 月 日 住 所 〒

氏 名

TEL

●被保険者が死亡したときの申請は以下もご記入ください

①申請者が被扶養者の場合

被扶養者氏名		生年月日	□昭和 □平成 年 月 日 □令和	続柄	

②申請者が被扶養者以外の同居家族の場合

申請者氏名		被保険者との続柄	※マイナンバーの記載無しの住民票原本（被保険者と請求者が記載のもの）または、マイナンバー記載無しの請求者の住民票と亡くなった被保険者の住民票の除票添付

③申請者が上記①②以外の場合

申請者氏名		被保険者との関係	※埋葬に要した費用（霊柩車代、僧侶への謝礼、火葬料等）の領収書及び明細書の原本（請求者と領収書の宛名が同一であること）添付

埋葬年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額（領収書の金額）	円

事業主証明欄

死亡者氏名		□ 被保険者 □ 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。

令和 年 月 日 所在地

名 称

事業主

TEL

※事業主証明が受けられない場合は次のいずれかを添付してください。

①埋葬許可証の写し、②火葬許可証の写し、③死亡診断書の写し、④死体検案書の写し、⑤検視調書の写し

⑥亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本、⑦住民票

健 保 組 合		
決 裁	処 理	

健保受付

事 業 所	
責任者	担当者

TGK 2025.12