

健康保険埋葬料支給申請書（被保険者死亡：家族申請用）

本申請書に関し、電子申請の代理入力を事業主へ依頼します。

(申請者本人の署名)

プリマ健保 花子（自署）

《添付書類》

(1) 必須

- ①死亡診断書（写）または埋葬許可証（写）
②申請者と被保険者との続柄がわかる書類（写し可）
（戸（除）籍謄本等）

(2) 上記②戸籍謄本等に複数人記載がある場合

- ①遺族給付金の請求及び受領についての代表者選定届（原本）

※該当者全ての方の署名及び捺印が必要です。

※該当する事柄 ☐ で囲んでください

申請日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日																		
被保険者	<table><tr><td>記号と番号</td><td>記号 〇〇 番号 〇〇〇</td><td>生年月日</td><td>昭 〇 平 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日</td></tr><tr><td>フリガナ 氏名</td><td>プリマケンボ タロウ プリマ健保 太郎</td><td></td><td></td></tr><tr><td>住所</td><td>〒 XXX - XXXX 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇-〇-〇</td><td>TEL</td><td>XX - XXXX - XXXX</td></tr><tr><td>会社名</td><td>〇〇株式会社</td><td>所属名</td><td>〇〇工場</td></tr></table>	記号と番号	記号 〇〇 番号 〇〇〇	生年月日	昭 〇 平 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	フリガナ 氏名	プリマケンボ タロウ プリマ健保 太郎			住所	〒 XXX - XXXX 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇-〇-〇	TEL	XX - XXXX - XXXX	会社名	〇〇株式会社	所属名	〇〇工場		
記号と番号	記号 〇〇 番号 〇〇〇	生年月日	昭 〇 平 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日																
フリガナ 氏名	プリマケンボ タロウ プリマ健保 太郎																		
住所	〒 XXX - XXXX 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇-〇-〇	TEL	XX - XXXX - XXXX																
会社名	〇〇株式会社	所属名	〇〇工場																
申請内容	<table><tr><td>申請者氏名</td><td>プリマ健保 花子 ※指名代表者が申請してください</td><td>被保険者との続柄</td><td>妻</td></tr><tr><td>申請者住所</td><td>〒 XXX - XXXX 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇-〇-〇</td><td></td><td></td></tr><tr><td>傷病名</td><td colspan="3">医師の診断名を記入してください</td></tr><tr><td>死亡年月日</td><td>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日</td><td>埋葬した年月日</td><td>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日</td></tr></table>	申請者氏名	プリマ健保 花子 ※指名代表者が申請してください	被保険者との続柄	妻	申請者住所	〒 XXX - XXXX 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇-〇-〇			傷病名	医師の診断名を記入してください			死亡年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	埋葬した年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
申請者氏名	プリマ健保 花子 ※指名代表者が申請してください	被保険者との続柄	妻																
申請者住所	〒 XXX - XXXX 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇-〇-〇																		
傷病名	医師の診断名を記入してください																		
死亡年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	埋葬した年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日																
振込先指定口座	下記振込先口座について記入してください。 ※口座名義人が遺族の場合、別途代表者選定届等の手続きが必要です。 ※日本国内の口座のみとなります。海外送金はいりません。 <table><tr><td>金融機関名称</td><td>〇〇〇</td><td>銀行 〇 信金 〇 信組 〇 農協 〇 その他 〇</td><td></td></tr><tr><td>支店名称</td><td>〇〇〇</td><td>本店 〇 出張所 〇 支店 〇 その他 〇</td><td>支店コード XXX ※3桁のコードを記入してください</td></tr><tr><td>預金種別</td><td>普通 〇 当座 〇</td><td>口座番号</td><td>XXXXXXXX</td></tr><tr><td>口座名義（カタカナ）</td><td colspan="3">プリマケンボ ハナコ ※指名代表者の口座を記入してください</td></tr></table>			金融機関名称	〇〇〇	銀行 〇 信金 〇 信組 〇 農協 〇 その他 〇		支店名称	〇〇〇	本店 〇 出張所 〇 支店 〇 その他 〇	支店コード XXX ※3桁のコードを記入してください	預金種別	普通 〇 当座 〇	口座番号	XXXXXXXX	口座名義（カタカナ）	プリマケンボ ハナコ ※指名代表者の口座を記入してください		
金融機関名称	〇〇〇	銀行 〇 信金 〇 信組 〇 農協 〇 その他 〇																	
支店名称	〇〇〇	本店 〇 出張所 〇 支店 〇 その他 〇	支店コード XXX ※3桁のコードを記入してください																
預金種別	普通 〇 当座 〇	口座番号	XXXXXXXX																
口座名義（カタカナ）	プリマケンボ ハナコ ※指名代表者の口座を記入してください																		

【事業所担当者は以下ご対応ください】

- ①本申請書の画像をワークフロー内添付1へ添付してください。
②本申請書の原本を健保組合へ提出してください。
③代表者選定届の原本を健保組合へ提出してください。
④死亡診断書などの画像はワークフロー内指定箇所へ添付してください。

事業所
担当者

遺族給付金の請求および受領についての代表者選定届

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

プリマハム健康保険組合 御中

被保険者であった者の氏名

記号	〇〇	番号	〇〇	氏名	プリマ健保 太郎
----	----	----	----	----	----------

指名代表者 受給権者による連署に記載した方の中から指名してください。この方が申請者＝受給者となります。

代 表 者 氏 名	生 年 月 日	続 柄	住 所
プリマ健保 花子 花	昭 〇 平 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	妻	〒XXX-XXXX TEL XX-XXXX-XXXX 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇-〇-〇
後見人	昭 〇 平 令 年 月 日		〒 - TEL - -

私どもは遺族給付金の同一順位受給権者ですが、給付金の請求及び受領につき私どもの中から上記の者を代表者と決めましたので連署の上お届けします。

なお代表者が給付金を受領した上は、爾後私どもが一切の責任を負い貴健康保険組合に対してご迷惑をおかけしません。

戸籍謄本等に記載されている方全ての記入及び捺印をお願いします。
当健保加入者であるかどうかは関係ありません。

受給権者による連署

受 給 権 氏 名	生 年 月 日	続 柄	住 所
プリマ健保 花子 花	昭 〇 平 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	妻	〒XXX-XXXX TEL XX-XXXX-XXXX 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇-〇-〇
後見人	昭 〇 平 令 年 月 日		〒 - TEL - -
プリマ健保 二郎 二	昭 〇 平 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	長男	〒XXX-XXXX TEL XX-XXXX-XXXX 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇-〇-〇
後見人	昭 〇 平 令 年 月 日		〒 - TEL - -
印	昭 〇 平 令 年 月 日		〒 - TEL - -
後見人	昭 〇 平 令 年 月 日		〒 - TEL - -

(注1) 続柄の欄には、被保険者であった方から見た続柄をご記入ください。

(注2) 受給権者が未成年のときは受給権者と並べて後見人が自署して下さい。
後日健保組合より、確認をさせていただく場合がございます。

(注3) 受給権者氏名の欄には、代表者の方の氏名も含めてご記入ください。

健保受付印