

## 健康保険埋葬費支給申請書（被保険者死亡：家族以外申請用）

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）

市役所 長太郎（自署）

## 《添付書類》

## （１）必須

- ①申請者名義の埋葬に要した費用の領収書（原本）
  - ②死亡診断書（写）または埋葬許可証（写）
  - ③身分証明書（写）
- ※市役所職員等身分が確認できる証明書等

- 上限額 50,000円とし、  
上限額に満たない場合は実費を  
支給します。

※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<br>保<br>険<br>者<br>（<br>申<br>請<br>者<br>） | 記号と番号      | 記号<br>〇〇                                                | 番号<br>〇〇〇 | 生年月日<br>昭 平 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
|                                           | フリガナ<br>氏名 | プリマケンボ タロウ<br>プリマ健保 太郎                                  |           |                           |
|                                           | 住所         | 〒 XXX - XXXX TEL XX - XXXX - XXXX<br>〇〇県 〇〇市 〇〇 - 〇 - 〇 |           |                           |
|                                           | 会社名        | 〇〇株式会社                                                  | 所属名       | 〇〇工場                      |

|                  |       |                                                         |         |                      |
|------------------|-------|---------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| 申<br>請<br>内<br>容 | 申請者氏名 | 市役所 長太郎 ※身分証等の写しを提出してください。                              |         | 被保険者との続柄<br>本人を埋葬した者 |
|                  | 申請者住所 | 〒 XXX - XXXX TEL XXX - XXX - XXXX<br>〇〇県 〇〇市 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<br>込<br>先<br>指<br>定<br>口<br>座 | 下記振込先口座について記入してください。<br>※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。<br>※日本国内の口座のみとなります。海外送金はいりません。 |       |                 |                                  |
|                                 | 金融機関名称                                                                                  | 〇〇〇   | 銀行 信金 信組 農協 その他 |                                  |
|                                 | 支店名称                                                                                    | 〇〇〇   | 本店 出張所 支店 その他   | 支店コード<br>XXX<br>※3桁のコードを記入してください |
|                                 | 預金種別                                                                                    | 普通 当座 | 口座番号            | XXXXXXXXX                        |
|                                 | 口座名義（カタカナ）                                                                              |       | XXXXシザイセイチョウセイカ |                                  |

【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領収証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。
- ⑤領収証、身分証明書等の画像はワークフロー内添付2以降に添付してください。

事業所  
担当者