

※	同 年 月 日	令和 年 月 日	決	常務理事	事務長	記入例
支払給	支 払 年 月 日	令和 年 月 日	裁			
決	支 給 額		資			
議	支 給 内 訳		格	得	年 月 日	療 得
書	法定		喪	年 月 日	養 喪	年 月 日
	付加					

健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給請求書

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。
◎添付書類等については記入例に掲載してあります。必ずご覧ください。

被保険者証の記号・番号(左詰め)	㊦ 生 年 月 日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
4 3 2 1 5 9 7 8 9 0 0	昭 平 令 4 7 0 9 0 8			0:無 1:有	
①被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) ケンポ (フリガナ) タロウ (氏) 健保 (名) 太郎	事業所の名称	(会社名)		
	※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。	事業所の所在地	(会社の住所)		
被保険者の(申請者)住所	郵便番号 1000-0000 (フリガナ) トウキョウトチュウオウクマルマル	〒100-0000 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101			
	電話番号 03-xxxx-xxxx	住所	東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101		
死亡した年月日	令和 0 2 0 5 0 1	死亡原因	①第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。		
被扶養者が死亡したための申請であるときは、その者の	㊧ 被扶養者氏名	㊨ 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生	㊩ 被保険者との続柄
	健保 太郎				
被保険者が死亡したための申請であるときは、その者の	㊪ 被保険者氏名	㊫ 被保険者と申請者との身分関係	380(不明のときは未記入でかまいません) 千円		
	健保 太郎	父	備考		
	㊬ 埋葬した年月日	令和 0 2 0 5 0 3	㊭ 埋葬に要した費用の額	5 0 0 0 0 0	
法第3条第2項被保険者として支給を受けたときはその額(調整減額)	円	調整減額コード	海外表示	特別支給コード	
			0:国内 1:海外		
資格喪失後、家族の被扶養者となったときはその被保険者証の	保険者名				
被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の	記号及び番号				
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。				
<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。				
<input type="checkbox"/>	②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。				
死亡した者	死亡した者	被保険者	死亡した年月日	令和	年 月 日死亡
上記		被扶養者			
事業主が証明する欄	【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。	事業所名称			
		事業主氏名			
受取金融機関	支払区分	1:銀行振込 2:事業所経由	預金種別	振込銀行	本店支店出張所
	口座番号		普通	銀行	
	口座名義				
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	被保険者(申請者)住所	氏名			
	代理人の氏名	フリガナ			
	代理人住所	〒	フリガナ		
			電話		
社会保険労務士の提出代行者名					

お勤め中の方は、事業所経由になります。
任継の方は、被保険者名義の銀行口座を記入して下さい。

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
例： あいうえお かきくけこ(健保太郎)

記入上の注意1(被保険者が記入するところ)

- ⑦⑩の欄は、該当する番号をマル(○)で囲んでください。
- ①の欄は、押印は不要です。**※押印に変わる重要事項として、必ず確認欄に☑をお願いします。**
- ⑨欄の死亡原因が負傷による場合は、下記の⑩欄を必ず記入してください。
- 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
- 給付決定に際して、当健保組合より内容確認の連絡をさせていただくこともございます。

【第三者行為の場合】

- ④欄で「1:はい」と答えた場合は、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは健康保険組合にお問い合わせください。

【被保険者が死亡したときの申請】

7. 標題の「被保険者」をマル(○)で囲んでください。
8. ④⑤⑥の欄は記入しないでください。
9. 被保険者の被扶養者または、生計維持されていた被扶養者以外の方が申請する場合は、③④の欄は記入しないでください。
10. 被扶養者以外の方(上記7の者を除く)が申請する場合は、③④の欄は必ず記入してください。(この場合、標題の「料」の文字を抹消してください)

【被扶養者が死亡したときの申請】

11. 標題の「家族」をマル(○)で囲んでください。
12. ②⑦の欄は記入しないでください。

記入上の注意 2(支払金融機関の欄・受取代理人の欄)

1. 支払区分の欄は、該当する番号をマル(○)で囲んでください。

支払区分	内 容
1 銀行振込	給付が決定した場合、指定の銀行の口座へ振込みます。
2 事業所経由	原則被保険者本人の在籍している事業所にまとめて送金しますので、事業所担当者より受取ってください。

2. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。

添付書類について

1. 事業主の証明を受けられない場合は、死亡が確認できる書類(埋火葬許可証、死亡診断書の写)が必要となります。
2. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。
(翻訳文には、翻訳者の住所および氏名を明記してください)

【被保険者が死亡したとき】

3. 生計維持されていた被扶養者以外の方が申請する場合は、生計維持を確認できる書類(住民票等)が必要となります。
4. 埋葬費の申請の場合は、埋火葬に要した費用の領収証および明細書が必要となります。

負傷原因記入欄 ※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。(記入上の注意1の6参照)

⑤ 負傷の原因について記入してください(該当する口にチェック(☑)を記入してください)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	【負傷日時・場所等】 1. いつケガ(負傷)をしましたか 令和 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他()) 3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他()) 4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()) 5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) あてはまる原因がある場合、被害者ですか、加害者ですか 相手 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者	【受診した医療機関】 6. 診療を受けた病院名とその期間等 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 7. 負傷をしたときの状況(原因)を具体的に記入してください _____ _____ _____ 8. 申請者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無
--	--	---