健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

※ 死亡について事業主の証明が受けられない場合、または任意継続被保険者が申請する場合は、死亡診断書（死体検案書）写し、若しくは、埋（火）葬許可証写しを添付してください。

※ 埋葬費の申請の場合は、埋（火）葬に要した費用の領収書原本（申請者の氏名が記載されたもの）、及び費用の明細書写しを添付してください。

被保険者（申請者）が記入するところ

被保険者証記号番号	記号		番号		被保険者(申請者)氏名	
被保険者(申請者)住所・電話番号	〒　－ TEL　－　－					
死亡した年月日	平成 令和　年　月　日		死亡原因			
第三者の行為によるものですか	□ いいえ □ 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					

●被保険者が死亡したための申請であるとき

被保険者氏名		死亡した被保険者と申請者の身分関係	
埋葬年月日	平成 令和　年　月　日	埋葬に要した費用	金　円

亡くなられた方が、退職等により愛知県情報サービス産業健保組合の資格喪失後3ヵ月以内の申請で、資格喪失後に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・電話番号・記号番号を記入してください

保険者名（健保組合名）	TEL　－　－	記号番号	

●被扶養者が死亡したための申請であるとき

被扶養者氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	続柄	

亡くなられた方が、退職等により愛知県情報サービス産業健保組合の資格認定後3ヵ月以内の申請で、資格認定前に自身で健康保険に加入していたときは、その被保険者証の保険者名・電話番号・記号番号を記入してください

保険者名（健保組合名）	TEL　－　－	記号番号	

●亡くなられた方が、介護保険法のサービスを受けていたとき

市町村番号		受給者番号		発行機関名	

委任状

この申請書は申請者本人が作成したものであり、本申請書に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任することを申請者本人が確認しています。

令和　年　月　日　　被保険者氏名

委任された者の
事業所所在地
事業所名称
代表者氏名

事業主が証明するところ

死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者 被扶養者	死亡した年月日	平成 令和　年　月　日死亡

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業所所在地
事業所名称
代表者氏名

被保険者死亡による申請のときに記入するところ

振込希望の銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
銀行 金庫 信組	店・本店 支店 出張所	1.普通 2.当座		フリガナ

備考欄	

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「身元確認書類（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。
また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類（申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書）」及び「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要となります。）

愛知県情報サービス産業健康保険組合