

※	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	得	年 月 日	
議	付加		格	喪	年 月 日	養 喪
書						

## 健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給請求書

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号(左詰め) <b>4 3 2 1 5 9 7 8 9 0 0</b>	⑦ 生 年 月 日 <b>昭 平 成 4 7 0 9 0 8</b>	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
	①被保険者の(フリガナ) <b>ケンボ</b> (フリガナ) <b>タロウ</b> (氏) <b>健保</b> (名) <b>太郎</b>	事業所の名称 (会社名)			0:無 1:有	
	被保険者の(申請者) 氏 名 <b>※押印不要の為、下記確認欄に印が必要です。</b>	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 <b>1 0 0 - 0 0 0 0</b> (フリガナ) <b>トウキョウトチュウオウクマルマル</b> 電話番号 <b>03-xxxx-xxxx</b> 住 所 <b>東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101</b>					
	死亡した年月日 令和 <b>0 2 0 5 0 1</b>	死亡原因 (病名等)				①第三者行為によるものですか <b>0:いいえ 1:はい</b> 「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 ④ 被扶養者氏名 <b>健保 花子</b>	⑧ 生年月日 <b>昭 平 成 4 5 年 1 0 月 8 日 生</b>	⑤ 被保険者との続柄 <b>妻</b>			
	被保険者が死亡したための申請であるときは、その者の ② 被保険者氏名	⑦ 被保険者と申請者との身分関係				被保険者の標準報酬月額 千円
	③ 埋葬した年月日 令和	④ 埋葬に要した費用の額 ※				円 備考
	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)	調整減額コード	海外表示	特別支給コード		
	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				
	<b>確認欄</b>	この届出については、①または②の要件を満たすこと。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものであること。 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。				
	<input checked="" type="checkbox"/>					
	<b>【重要】必ず印をお願いします。押印に変わる重要事項となります。</b>	<b>【訂正方法】</b> ●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容与被保険者(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)				
		<b>【重要】</b> 原則、お勤め中の方は、2.事業所経由(銀行等記入不要)になります。任継の方は、1.銀行振込(任継取得時にご記入の受取銀行口座のため銀行等記入不要)となります。 ※退職者は1.銀行振込となり、銀行名等詳細記入必須。 ★公金受取口座の利用制度詳細は、当健保HPお知らせをご覧ください。				
	支 払 区 分	1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座利用(以下記入不要)	預 金 種 別	普通	振込銀行	本店支店出張所
	口 座 番 号				銀行	
	口 座 名 義					
	<input checked="" type="checkbox"/> ①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	被保険者(申請者) 日付	令和 7 年 4 月 1 日			
	事業主名称	●●●●株式会社				
	<input type="checkbox"/> ②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) 氏名	健保 太郎			
	被保険者(申請者) 住 所 氏 名	( )				
	代理人の氏 名	( )				
	代理人住所	( )				
	令和 年 月 日提出	受付印				
	社会保険労務士の提出代行者名					

◎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。  
◎受取代理人欄の記入方法は記入例をご確認ください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

記入上の注意1(被保険者が記入するところ)

◆ 保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ/マイナポータル」で確認できます。

- ⑦⑩の欄は、該当する番号をマル(○)で囲んでください。
- ④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⑨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】

- ⑥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. ②③④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9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. ②③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。
3 公金受取口座	公金受取口座利用制度については、デジタル庁ホームページをご確認いただき、事前に登録が必要となります。

2. **在籍者は原則「①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。」を選択し、事業主名・氏名・日付を記入してください。**  
ただし、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な事項を記入し、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。
3. 公金受取口座の利用について
  - 利用の際には、マイナポータルにおいて事前登録が必要です。
  - ※公金受取口座は、マイナポータルからいつでも変更が可能のため、預貯金口座の実在性の確認等が行われます。  
登録した情報等の反映までに数日程度要することがあり、支給までに時間を要する場合があります。
  - 当組合では、これまでどおり、原則として事業主へ送金。  
公金受取口座への送金を希望される方のみ、申請書類への意思表示が必要となります。

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)

⑨ 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	<p>【負傷日時・場所等】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. いつケガ(負傷)をしましたか 令和 年 月 日 ( 曜日) □午前・□午後 時 分頃</li> <li>2. ケガ(負傷)をした日は次のうちのどの日でしたか □出勤日 □休日(定休日・休暇含む) □その他( )</li> <li>3. ケガ(負傷)をした時は次のうちのどの時間帯でしたか □勤務時間中 □通勤途中(□出勤・□退勤) □出張中 □私用 □その他( )</li> <li>4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか □会社内 □道路上 □自宅 □その他( )</li> <li>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか □交通事故 □暴力(ケンカ) □スポーツ中(□職場の行事 □職場の行事以外) □動物による負傷(飼い主□有 □無)</li> </ol> <p>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 □有 → { □あなたは被害者 □無 → { □あなたは加害者</p>	<p>【受診した医療機関】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. 診療を受けた病院名とその期間等 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 □ 治癒 □ 治療中</li> <li>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</li> </ol>
	<p>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 □ 加入有 □ 加入無</p>	