

記入例

<被扶養者が亡くなったとき>

協和キリン健康保険組合 宛

健康保険

☐ 被保険者
☒ 被扶養者

埋葬料(費)・埋葬料付加金 請求書

2024 年 12 月 25 日提出

申請者の情報	被保険者等 記号・番号	記号	300	番号	12345	被保険者の会社名	△△△株式会社
	申請者氏名 (自署)	健保 健一				被保険者の所属	△△支店 △△営業所
	住所	(〒 103- 必ず自署してください)				従業員番号	20109999
		東京都中央区〇〇1-1-1 〇〇マンション101				メールアドレス	kenpo.00@000.com
						日中連絡先(TEL)	090-0000-0000
委任状	この申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※社員の方は給与での振込手続きを事業主に依頼するため、必ずご記入ください。 ※ご家族または任意継続被保険者の方は、記入は不要です。						2024 年 12 月 25 日
	被保険者氏名 自署してください						健保 健一
退職者	本人(被保険者)が死亡したための申請または退職者・退職予定者の方は、振込先を記入してください。						
	銀行	支店		口座 番号	(普)	名義 (フリガナ)	

申請内容	死亡年月日	2024 年 11 月 20 日		死亡原因	心不全	
	交通事故等による 第三者行為によるもの ですか	☐ はい		第三者が原因の 場合はその状況		
		☒ いいえ				
	「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。					
	■本人(被保険者)が死亡したための申請の場合					
	被保険者の氏名				被保険者からみた 申請者との身分関係	
埋葬した年月日	年 月 日			埋葬に要した費用	円 *埋葬費に該当する 場合のみ記入	
■家族(被扶養者)が死亡したための申請の場合						
ご家族の氏名	健保 康			生年月日	1952 年 1 月 1 日	被保険者 との続柄
父						

事業主証明欄	死亡した 被保険者氏名			死亡 年月日	年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 【証明日】 2024 年 12 月 27 日				社会保険労務士の提出代行者		
	事業主所在地	東京都千代田区△△1-1-1				□□□社会保険労務士 □□ □□	
	事業主名称	△△△株式会社					
事業主氏名 人事部長 △△ △△							

【添付書類】

■被扶養者が亡くなったとき

・死亡したことを証明する書類(写し)(死亡診断書、埋葬許可証、火葬許可証のいずれか)

■被保険者が亡くなったとき

※任意継続被保険者が亡くなったときは、下記の書類と「死亡したことを証明する書類(写し)」を添付してください。

申請者別	被扶養者	・なし(事業主の証明がある場合)	
	被扶養者以外の生計を 維持されていた家族	同居していた場合:住民票原本(被保険者と請求者が記載されているもの)※マイナンバーの記載のないもの 別居していた場合:生計維持関係を確認できる書類	
	生計維持関係のない家族・ 親族・友人・知人など	・埋葬に要した費用の領収書(原本) ※請求者のフルネームが記載されたもの ・上記費用の明細書(原本)	

健保記入欄	支給年度	年度				
	支給決定額	法定	円	常務理事	事務長	担当
		付加	円			
	受付整理番号					

《健保受付日付印》

2024.12.1改訂