

届書コード	処理区分	届書
306	12	

処理区分	1. 埋葬料 2. 埋葬費
------	------------------

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者証の記号・番号			④ 生年月日			⑤ 被扶養者番号		⑦ 受取代理人		⑧ 受付年月日	
①	②	③	1: 明大昭平 3: 大昭平 5: 昭平 7: 大昭平	年	月	日	*	*	0: 無 1: 有	*	年 月 日
⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印			(フリガナ)			⑦ 名称		⑦ 所在地			
⑩ 被保険者の(申請者)住所			⑩ 郵便番号		(フリガナ)		⑪ 住所コード		電話 ()		
⑫ 死亡した年月日			平成	年	月	日	⑬ 死亡原因		⑭ 第三者の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			⑮ 被扶養者名		⑯ 明治大昭和平成 年 月 日		⑰ 被保険者との続柄				
被保険者が死亡したための申請であるときは、その者の			⑱ 被保険者名		⑲ 被保険者との身分関係		⑳ 被保険者の標準報酬月額		千円		
			㉑ 埋葬した年月日		㉒ 埋葬に要した費用の額		*		円		
老人保健法の医療を受けていたとき			市町村番号			受給者番号		発行機関名			
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			
㉓ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた額は、その額(調整減額)			円		※		㉔ 調整減額コード		㉕ 海外表示		㉖ 特別支給コード (備考)
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			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								
被保険者名、記号および番号											

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者	死亡した年月日	平成	年	月	日	死亡			
	上記のとおり相違ないことを証明します。								平成	年	月	日
	事業所所在地			事業所名称			⑰ 電話 ()			事業主氏名		

支払金融機関の欄	㉗ 支払区分	1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	⑳ 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	㉘ 金融機関コード	㉙ 口座番号	㉚ 口座名義	銀行 支店	郵便局送金の場合	郵便局
	㉛ 金融機関コード	*								
	銀行送金の場合		銀行		支店		郵便局送金の場合		郵便局	

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。								平成	年	月	日				
	被保険者(申請者)住所氏名			⑰ 電話 ()			住所			平成			年	月	日	提出
	㉜ 代理人の氏名			(フリガナ)			委任者と代理人との関係			平成			年	月	日	提出
㉝ 代理人の住所			㉞ 郵便番号		(フリガナ)		㉟ 住所コード		*		送信		受付日付印			

社会保険労務士の提出代行者印

◎記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。
 ◎「※」印欄は記入しないでください。
 ◎添付書類等については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

記入上の注意 1（被保険者が記入するところ）

- ④⑬の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
- ⑨の欄は、被保険者が自ら記入（自署）する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。
- ㊦欄の死亡原因が負傷による場合は、下記の㊧欄を必ず記入してください。

【第三者行為の場合】

- ⑬の欄で「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。詳しくは社会保険事務所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】

- 標題の「被保険者」をマル（○）で囲んでください。
- ㊤㊦㊧の欄は記入しないでください。
- 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、⑭⑮の欄は記入しないでください。
- 被扶養者以外の方（上記7の者を除く）が申請する場合は、⑭⑮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】

- 標題の「家族」をマル（○）で囲んでください。
- ㊤㊦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）

- ㉑㉒の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
- ㉑の欄は該当する金融機関をマル（○）で囲んでください。㉑支払区分の内容は次のとおりです。

支払区分	内容
1 振込	給付が決定した場合、指定の金融機関の口座へ振込みます。郵便局の口座への振込は行っていません。
2 銀行送金	給付が決定した場合、指定の銀行の窓口で受け取ることができます。
3 郵便局送金	給付が決定した場合、指定の郵便局の窓口で受け取ることができます。
4 当地払い	給付が決定した場合、管轄の社会保険事務所の窓口で指定された日時に受け取ることができます。

※「2 銀行送金」と「3 郵便局送金」は、指定できない場合があります。希望されるときはあらかじめ社会保険事務所にご確認願います。
 「当地払い」は、管轄の社会保険事務所から通知により指定された日時に受けることとなりますので、ご了承願います。

- 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。
 なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の㉑は必ず押してください。

添付書類について

- 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。
- 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】

- 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。
- 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4参照）		
㉑負傷の原因について記入してください（該当する□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	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>【負傷日時・場所等】</p> <p>1. いつケガ（負傷）をしましたか 平成 年 月 日 （ 曜日） □午前・□午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか □出勤日 □休日（定休日・休暇含む） □その他（ ）</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうち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（ ）</p> <p>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（ ）</p> <p>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（飼主□有 □無）</p> <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> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>【受診した医療機関】</p> <p>6. 診療を受けた病院名とその機関等 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 □治癒 □治療中</p> <p>病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 □治癒 □治療中</p> <p>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</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <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> </td> </tr> </table>	<p>【負傷日時・場所等】</p> <p>1. いつケガ（負傷）をしましたか 平成 年 月 日 （ 曜日） □午前・□午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか □出勤日 □休日（定休日・休暇含む） □その他（ ）</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうち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（ ）</p> <p>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（ ）</p> <p>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（飼主□有 □無）</p> <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> <p>6. 診療を受けた病院名とその機関等 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 □治癒 □治療中</p> <p>病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 □治癒 □治療中</p> <p>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</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <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>
<p>【負傷日時・場所等】</p> <p>1. いつケガ（負傷）をしましたか 平成 年 月 日 （ 曜日） □午前・□午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか □出勤日 □休日（定休日・休暇含む） □その他（ ）</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうち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（ ）</p> <p>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（ ）</p> <p>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（飼主□有 □無）</p> <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> <p>6. 診療を受けた病院名とその機関等 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 □治癒 □治療中</p> <p>病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 □治癒 □治療中</p> <p>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</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <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>		