

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	
	被保険者(申請者)氏名・印	フリガナ ----- ⑤		事業所名称					
	住所 電話番号	(〒 -)		電話番号:	()				
申請内容	死亡した方の	死亡年月日		死亡原因		第三者の行為によるものですか			
		平・令 年 月 日				□はい ・ □いいえ			
	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき								
	ご家族の氏名			生年月日	昭・平・令	年	月	日	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								
	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	平・令	年	月	日	埋葬に要した費用の額	円		
	●以下に該当する場合は記入してください								
	被保険者が死亡したとき ⇒ 当組合の資格喪失後、家族の扶養となり3ヶ月以内に死亡した場合、加入している保険者の被扶養者が死亡したとき ⇒ 当組合の被扶養者認定を受け3ヶ月以内に死亡した場合、認定前に加入していた保険者の								
	保険者名		記号・番号		被保険者氏名				
●介護保険法のサービスを受けていたとき									
保険者番号		被保険者番号		保険者名称					
事業主が証明する欄	死亡した方の氏名	死亡した方		□被保険者 □被扶養者	死亡した年月日	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				
	事業所住所		事業所名称		事業主氏名				
				⑤ 電話番号: ()					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組		預金種別	普通 ・ 当座				
		本店・支店・出張所		口座番号					
	口座名義(カタカナ)			口座名義区分	被保険者(申請者) ・ 代理人				
委任状	口座名義人が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日						
		代理人(口座名義人)	住所		⑤				
		氏名	⑤ 被保険者との関係 ()						

備考

受付年月日

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、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)