

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	
	被保険者氏名				事業所名称				
申請内容	死亡した方の	氏名				被保険者との続柄			
		死亡年月日		死亡原因		第三者の行為によるものですか			
		令	年	月	日	□はい ・ □いいえ			
	埋葬した年月日	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			
事業主が証明する欄	死亡した方の氏名			死亡した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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		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	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。	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)	氏名						
			住所						
氏名	被保険者との関係 ()								
上記のとおり申請します。 年 月 日									
申請者の 住所 〒									
氏名 (自署) 電話番号： ()									
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。)