

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 〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇	生年月日	昭平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	被保険者(申請者)氏名・印	フリガナ ミツビシ タロウ 三菱 太郎	事業所名称	〇〇〇〇株式会社〇〇工場
	住所電話番号	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 1	電話番号	: 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
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 〇 年 〇 月 〇 日	心筋梗塞	<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	三菱 花子	生年月日	昭平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 被保険者との続柄 母
	●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	<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 (印) 電話番号: ()				
振込先	金融機関名	〇〇 銀行・金庫 農協・信組	預金種別	普通・当座
		〇〇 本店・支店・出張所	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	口座名義(カタカナ)	三菱 タロウ	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)氏名	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 (印)	
		代理人(口座名義人)住所氏名	(印) 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。)