

健康保険

被保険者 埋葬料（費）
被扶養者 埋葬料（費）付加金

支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	記号	○	③ 被保険者(申請者)の氏名・生年月日	フリガナ	ケンボ タロウ
		番号	○○○○			健保 太郎
	② 社員番号	○○○○○				昭和・平成 60年 6月 5日
	④ 被保険者(申請者)の住所	住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。 ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。				
	⑤ 事業所の名称	○○株式会社			TEL	○○(○○○○)○○○
	⑥ 死亡した年月日	平成・令和 31年 4月 18日	⑦ 死亡原因	心不全	⑧ 第三者行為によるものですか	いいえ・はい
●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき						
⑨ 被扶養者氏名	健保 保		生年月日	昭和・平成・令和 27年 7月 12日	被保険者との続柄	父
●被保険者が死亡したための申請であるとき						
⑩ 被保険者氏名			被保険者からみた申請者との間柄			
⑪ 葬儀を行った年月日	平成・令和	年	月	日	⑫ 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。						
⑬ 被保険者が死亡したとき ⇒ 当組合の資格喪失後、家族の被扶養者となり、3か月以内に死亡した場合						
⑭ 被扶養者が死亡したとき ⇒ 当組合の被保険者資格喪失後、当組合の被扶養者となり、3か月以内に死亡した場合						
保険者名		記号・番号		被保険者氏名(世帯主)		被保険者との続柄
●介護保険法のサービスを受けていたとき						
市区町村番号		高齢者番号		発行機関名		

「火葬許可証(写)」、「埋葬許可証(写)」、死亡診断書(写)、除籍謄本(写)、死体検案書(写)のうち、のどれも添付できない場合は、事業主の証明が必要です。

証 明 す る 欄	死亡した方の氏名	フリガナ	<input type="checkbox"/> 被扶養者	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する				
	事業主の証明				
	事業所所在地	証明日 年 月 日			
事業所名称					
事業主氏名	TEL ()				

振 込 希 望 口 座	○ ○	銀行 信組 金庫・農協	○ ○	支店 出張所
	[金融機関コード]	1 2 3 4	[店番号]	2 3
	預金種別	口座番号		フリガナ
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	ケンボ タロウ 健保 太郎

被保険者の口座をご記入ください。上記の「委任状」欄を記入した場合は、「代理人」の口座をご記入ください。振り込めるのは、日本国内の口座のみです。

◎ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

委 任 状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※ 口 にチェックを入れて下さい。				
	<input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人				
	<input type="checkbox"/> その他の受領代理人				
	被保険者(申請者)	住所	フリガナ	TEL ()	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
受 取 代 理 人 情 報	代理人住所				
	代理人氏名	フリガナ			

被保険者名義以外の口座への振込を希望する場合は、委任状の記入押印が必要です。「その他の受領代理人」を選択した場合は、振込希望口座欄も記入してください。