健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

申請者情報				
①被保険者証	記号　　番号		②生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
③氏名(申請者)	(フリガナ)			
④住所(申請者)	〒　　－　　都・道 府・県			
			⑤電話番号 (日中の連絡先)	(　　)
⑥事業所名称				
⑦埋葬料(費)の決定をするにあたり、当健康保険組合が関係機関等へ照会すること、また関係機関等が回答をすることに対して同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。			被保険者氏名 (申請者氏名)	

▸ 被保険者が亡くなられた場合であっても、「被保険者証記号・番号」「生年月日」「事業所名称」は被保険者の情報をご記入ください。
▸ 「氏名」「住所」「電話番号」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

申請内容						
⑧死亡年月日	平・令　　年　　月　　日	⑨死亡原因		⑩第三者行為によるものですか※	はい・いいえ	
⑪亡くなられた方	□ 被保険者 氏名(　　) ➤ Ⓐへ			□ 家族(被扶養者) ➤ Ⓑへ		
Ⓐ被保険者	⑫被保険者からみた申請者との身分関係		⑬葬祭した年月日	平・令　　年　　月　　日	⑭葬祭に要した費用の額	円
Ⓑ家族	⑮その方の氏名		⑯生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	⑰続柄	
⑱ア、イに当てはまる場合〇を付け、保険者名、記号・番号を記入してください	ア. 当組合の被保険者だった方が、資格喪失後3か月以内の死亡の場合、死亡時の保険者名と記号・番号			保険者名		
				記号・番号	・	
	イ. 当組合の被扶養者になって、3か月以内の死亡の場合、以前加入していた保険者名と記号・番号			保険者名		
				記号・番号	・	

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

事業主証明欄			
⑲亡くなられた方の氏名		□ 被保険者 □ 被扶養者	⑳死亡年月日 平・令　　年　　月　　日
上記のとおり相違ないことを証明します。			令和　　年　　月　　日
所在地			
事業所名称			
事業主氏名		TEL　　(　　)	

委任状		
被保険者が在籍中の方は委任状が必要です。	㉑被保険者(申請者)	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領は受任者に委任します。 令和　　年　　月　　日 氏名
	㉒受任者(事業所)	氏名 受任者氏名は当健康保険組合に提出している給付金振込依頼書と同一にしてください。

※ 被保険者が喪失した場合のみ、請求者の口座に入金することも可能です。

振込先				
金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他(　　)		店名	支店・本店・出張所 その他(　　)
金融機関コード			店番	
口座番号	1.普通 2.当座 3.その他(　　)		(カタカナ) 口座名義	

㉓備考	
㉔社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印