

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書
家 族 埋葬料付加金

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。

<input type="checkbox"/>	A. 申請者本人が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者記入欄

① 被保険者証の	記号	番号	② 申請者氏名
③ 請求者の現住所	〒 -		日中に連絡の取れる電話番号 TEL ()
④ 個人番号 (マイナンバー)	※①欄/記号番号記入の場合は、不要です		⑤ 提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
⑥ 死亡年月日	令和 年 月 日	⑦ 死亡原因	
⑧ 死亡した方の氏名		⑨ 死亡した方と申請者との続柄関係	(妻・長男等)
⑩ 埋葬した年月日	令和 年 月 日	⑪ 埋葬に要した費用の額	円
⑫ 傷病手当金・出産手当金について	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了後3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 請求中		
⑬ 第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑭ 第三者行為によって負傷した事実の届出	<input type="checkbox"/> 届出した <input type="checkbox"/> 届出していない
⑮ 介護保険法によるサービスを受けていたとき	(保険者番号) (保険者名称)	(被保険者番号)	
⑯ 振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記(左側)の欄を記入。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。また、 当健保組合加入者以外の、公金受取口座は利用できません。 ※申請者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄(右側)」を必ずご記入ください。		
	銀行・店名	(店番号) (店名) 本店 支店	受取代理人の欄 本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。 被保険者(申請者) (住所) (氏名) 被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他() 代理人(口座名義人) (住所) (氏名)
	預金種別	銀行・金庫 普通・当座	
	口座番号		
	口座名義	(カタカナでご記入ください)	

事業主証明欄

⑰ 死亡した方の氏名		⑱ 死亡した方	被保険者・被扶養者
⑲ 死亡年月日	令和 年 月 日	⑳ 死亡原因	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
事業所所在地			
事業所名			
事業主氏名			
TEL ()			

[注意事項]

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返すことがあります。
※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所記入者(請求者、事業主)のサイン(氏名)をご記入ください。
※記入内容の確認の為、当健保組合から連絡する場合があります。