

| | | | |
|-----|------|-----|---|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | | |

健康保険 被保険者 埋葬料（費）・付加金支給申請書
 家族

令和 年 月 日

| | | | | | | | | |
|--------------|---------------------------|--|-------------------|----------------|--|--------------|---------------|-----------------|
| 被保険者（申請者）記入欄 | 被保険者の記号 | | 被保険者（申請者）の氏名・生年月日 | (フリガナ) | | | 被保険者との続柄 | |
| | 被保険者の番号 | | | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | 被保険者（申請者）の住所 | 〒 ー | | | | 電話番号（日中の連絡先） | | |
| | 死亡した年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 死亡原因 | 第三者行為によるものですか | はい・いいえ |
| | 【家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき】 | | | | | | | |
| | 被扶養者氏名 | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 被保険者との続柄 |
| | ※該当する場合のみ記入 | 退職等で健康保険の資格を喪失し、当健康保険組合の被扶養者となり3か月以内の場合 →以前の加入先健康保険組合情報 | | | 保険者名 | | 記号 番号 | |
| | 【被保険者が死亡したための申請であるとき】 | | | | 生計を維持されていた方がおらず、実際に埋葬を行った方が申請される場合のみ記入 | | | |
| | 被保険者氏名 | | 葬儀を行った年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 埋葬に要した費用の額 円 |
| | ※該当する場合のみ記入 | 退職等で当健康保険の資格を喪失した後、家族の被扶養者となり3か月以内の場合→被扶養者として加入していた健康保険組合の情報 | | | 保険者名 | | 記号 番号 | |
| | | | 被保険者氏名 | | | 被保険者との続柄 | | |

| | | | | |
|-----------|--------------------------|--|-------------|----------|
| 事業主が証明する欄 | 死亡した方の氏名 | | 被保険者・被扶養者の別 | 死亡年月日 |
| | | | 被保険者・被扶養者 | 令和 年 月 日 |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する | | | 令和 年 月 日 |
| | 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 | | TEL | () |

| | | | | |
|---------|--|-----------------------|--------------|--|
| 振込先希望口座 | <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 (利用する場合にはレ点を入れ、利用しない場合には下記を記入してください) <input checked="" type="checkbox"/> 受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません | | | |
| | | 銀行・信組 金庫・農協 郵便局 | 本店・支店 出張所 | |
| | 預金種別 | 口座番号 | (フリガナ) | |
| | 普通 当座 | | 口座名義 | |

受付印

| | | | | |
|---------|---|------|------------------|--|
| 受取代理人の欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します 令和 年 月 日 | | | |
| | 被保険者（申請者） | | 被保険者（申請者）と代理人の関係 | |
| | 代理人 | 住所 | 〒 ー | |
| | | 氏名 | (フリガナ) | |
| | | 電話番号 | | |

被保険者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に記載してください

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする添付書類が必要です)

| | |
|-----|--|
| 備考欄 | |
|-----|--|