

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・埋葬付加金 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号		氏名(被保険者が死亡したときは、申請者の氏名)	
	記号	番号	フリガナ	フリガナ
	—		(氏)	(名)
	住所			生年月日
	〒 —			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
事業所	名称		所在地	
	〒 —		〒 —	
	所属		(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など	
—		—		

申請内容	被保険者が死亡したとき	死亡した方の氏名	生年月日	申請者と死亡者との身分関係
	被扶養者が死亡したとき	死亡した方の氏名	生年月日	被保険者との続柄
		死亡した日	令和 年 月 日	死亡の原因
	第三者の行為による死亡ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	埋葬に要した費用	円

事業主証明欄	死亡した方の氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	死亡した日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名			令和 年 月 日

《被扶養者が死亡した場合》●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取代理人欄	申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人	住所 氏名	
<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。			

《被保険者が死亡した場合》●申請者の口座を指定してください。

振込口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他()
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> その他()	口座番号(右詰め) 口座名義

受付印

被保険者等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、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄