

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 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 | - | ②被保険者(申請者)の氏名 | | ③ | 印 |
| | ④被保険者(申請者)の住所 | 〒 - Tel () 日中に連絡のとれる電話番号を記入ください | | | | |
| | ⑤事業所の名称 | | | | | |
| | ⑥死亡した年月日 | 平成 年 月 日 | ⑦死亡原因 | | ⑧第三者行為によるものですか | はい・いいえ |
| | はいの場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください | | | | | |
| | ●被保険者が死亡したための申請であるとき | | | | | |
| | ⑨被保険者氏名 | | 被保険者からみた申請者との身分関係 | | | |
| | ⑩葬儀を行った年月日 | 平成 年 月 日 | ⑪埋葬に要した費用の額 | | 円 | |
| | ●被扶養者(家族)が死亡したための申請であるとき | | | | | |
| | ⑫被扶養者氏名 | | 生年 月 日 | 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 | 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 | | | | | | |
| 保険者番号 | | 被保険者番号 | | 保険者名称 | | |
| | | | | | | |

| | | | |
|------|---|-------|------|
| 振込口座 | ⑬ | 銀行・信組 | 支店 |
| | | 金庫・農協 | 出張所 |
| | 預金種別 | 口座番号 | フリガナ |
| | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | | 口座名義 |

備考

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、備考欄へご記入ください。(マイナンバー記載の場合は、個人番号、本人確認の添付書類が必要です。)

●給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、下記委任状に記入・押印ください。

| | | |
|----------------|------------------------------|---|
| 受取代理人の欄 | ⑭本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | |
| | 被保険者 住所 | |
| | (請求者) 氏名 | 印 |
| | 代理人 住所 | |
| | 代理人 氏名 | 印 |
| ※委任者と代理人の関係() | | |

受付日付印

| | | | | | | |
|-----------|----------------------|-------|--------|--|----------|-----------|
| 事業主が証明する欄 | ⑮死亡した方の氏名 | | ⑯死亡した方 | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 | ⑰死亡した年月日 | 平成 年 月 日 |
| | ⑱上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 事業所所在地 | | 事業所名称 | | 事業主氏名 | | 印 Tel () |