

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 ()		