

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	記号 番号	②被保険者(申請者)の氏名			
	③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
	④事業所の名称					
	⑤死亡した年月日	年 月 日	⑥死亡原因		⑦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					
	⑧被保険者氏名		被保険者からみた申請者との身分関係			
	⑨葬儀を行った年月日	年 月 日	⑩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					
	⑪被扶養者氏名		生年 月 日	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	⑫ 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	⑬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	
	代理人 住所	
	代理人 氏名	
※委任者と代理人の関係()		

受付日付印

事 業 主 が 証 明 す る 欄	⑭死亡した方 氏 名		⑮死亡した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	⑯死亡した 年 月 日	年 月 日
	⑰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		Tel ()