

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

提出先：健保組合

死亡した方の情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	氏名	本人・家族の別 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 → 続柄 ()
	死亡年月日	死亡原因			第三者の行為によるものですか
	令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> はい → 「第三者行為による 傷病届」を提出してください。
	埋葬年月日				<input type="checkbox"/> いいえ
	令和 年 月 日				

請求者の情報	氏名	(フリガナ)	被保険者(本人)との続柄
	住所	(〒 -)	
	電話番号 (日中の連絡先)	都 道 府 県	TEL ()

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。(利用する場合は 利用しない場合は下記の欄を記入。)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、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。

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> 左づめでご記入ください。
	口座名義	(フリガナ)	

(受取代理人を指定する場合は必ず記入してください) 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。

受取代理人(口座名義人)の住所・電話番号 _____ 氏名 _____ 委任者と代理人の関係 _____
TEL _____

事業主証明欄	死亡した方の	氏名	被保険者・被扶養者の別 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日 令和 年 月 日 死亡
	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 ()	

・証明を受けられない場合は「死亡診断書」「火葬許可書」「埋葬許可書」のいずれか1点のコピーを添付してください。

・被保険者が死亡のとき、亡くなられた方により生計維持されていた方がおらず、実際に埋葬した方が請求される場合は「領収証」を添付してください。

受付日付印