

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 1	番号 1234	氏名 近森 太郎	本人・家族の別 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 → 続柄 ()
	死亡年月日 令和 2 年 2 月 0 日	死亡原因 急性心不全			第三者の行為によるものですか <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 令和 年 月	亡くなられた方の家族・親族が申請される場合は記入不要			<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

請求者の情報	氏名 (フリガナ) チカモリ ジュンコ 近森 順子	被保険者(本人)との続柄 妻
	住所 (〒 780 - 0056) 高知 都道 高知市北本町1丁目〇△-〇 府県	
	電話番号 (日中の連絡先) TEL 090 (1234) 5678	

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 四 国	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本所 支所	
	預金種別 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 〇〇〇〇〇〇	左づめでご記入ください。
	口座名義 (フリガナ) チカモリ ジュンコ 近森 順子		

(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	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
	総務課で証明をもらってください		
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