

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][][][][][]	枝番 [][]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	被保険者 氏名	(フリガナ)			被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 妻・夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()
	申請者 氏名	(フリガナ)			
	住所	(〒 -) 都 道 府 県 市 郡 区			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()		本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通	口座番号	[][][][][][][][][][]
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。)		申請者名義の口座を記入

申請内容	死亡した方の 氏名	被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 妻・夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	死亡年月日 令和 年 月 日
	死亡原因 第三者の行為による ものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	埋葬年月日 令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額 円

事業主証明欄	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	

【添付書類】

- 埋葬許可証または火葬許可証の写し または 死亡診断書(死体検案書)の写し全面
- 被保険者が死亡したための請求の場合、以下の追加書類が必要です。
 - ・同居の家族が申請者の場合
「世帯全員で続柄記載の住民票」(除票記載有)
 - ・別居の親族やそれ以外の者が申請者の場合
「領収書の写し」(支払った方のフルネーム・埋葬に要した費用額の記載があるもの)
「会葬礼状等の写し」
- 死亡原因が第三者の行為によるものの場合
「第三者行為による傷病届」

受付日付印