

※ 支給 決議書	同年月日	年	月	日	常務理事	事務長		担当者	被扶養者 照合	
	支払額	拾万	万	千	百	拾	円			
	支払決定の額	法定	拾万	万	千	百	十	円	死亡した日	資格
	付加						円			

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書
家族 埋葬料(費)付加金

◎記入方法については、例面の「記入上のご注意」をご確認ください。

(1) 記号・番号	記号	(2) 被保険者 (請求者)の 氏名・生年月日	フリガナ							
	番号		(3) 昭和・平成・令和 年 月 日							
	(4) 被保険者 (請求者)の住所		(千 -)		TEL ()		※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。			
(5) 事業所の 名称住所					TEL ()					
(6) 死亡した 年月日	令和 年 月 日	(7) 死亡原因			(8) 第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
●家族(被扶養者)が死亡したための請求であるとき										
(9) 被扶養者 氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄				
●被保険者が死亡したための請求であるとき										
(10) 被保険者 氏名			被保険者からみた 請求者との身分関係							
(11) 埋葬を行った 年月日	令和 年 月 日	(12) 埋葬に要した費用の額			円					
(13) 亡くなられた方は、退職等により当組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3ヵ月以内になくなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき							<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。							保険者名			
							記号・番号			

事業主が 記入する ところ	(14) 死亡した 方の氏名			(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	令和 年 月 日
	(17) 上記のとおり相違ないことを証明する。 証明日 令和 年 月 日						
	事業所所在地		事業所名称		事業主氏名		TEL ()

- ・記号・番号を記入した場合は不要です。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄

*在籍者の振込先は給与口座になりますので記入は不要です。
被保険者が死亡した場合は請求者の金融機関をご記入ください。

受 付 日 付 印

(18) 振込 希望 口座	銀行			支店
	預金の種別	口座番号		フリガナ
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			口座名義