

同年月日	支払金額 (円)										常務理事	事務長	経理	係
支払年月日	法定	3	1											
	付加	3	2											

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者 申請者 情報	被保険者等の (右づめ)	記号		番号		生年月日	年	月	日	
	氏名	(フリガナ)				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
	住所	(〒	—)	都 道 府 県	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
	在職者の のみ	会社名	課・グループ			部室店名	内線番号等連絡先			

申請 内容	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による 傷病届」を提出してください。
	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき			
	ご家族 の氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者 との続柄
	●被保険者が死亡したための申請であるとき			
被保険者 の氏名	被保険者からみた 申請者との身分関係	埋葬した 年月日	令和 年 月 日	
埋葬に要した 費用の額	円	法第3条第2項被保険者として支給を 受けた時はその金額 (調整減額)	円	

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	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知
	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。)			口座名義 の区分

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	住所	(〒 —) TEL ()	委任者と 代理人との 関係

「2」の場合
は必ずご記入
ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

事業主 証明欄	死亡した方の	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
			<input type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 被扶養者	令和 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。	事業所所在地	TEL ()	令和 年 月 日
	事業所名称	事業主氏名		