

ご確認 ください	健康 保険 使用 欄	支払 額	款項目	¥	拾万	万	千	百	拾	円	平成	年	月	日	伺	平成	年	月	日	取得
			法定 付加										平成	年	月	日	支払	平成	年	月

健康保険埋葬料（費）申請書

◎死亡が確認できる書類（事業主の証明、死亡診断書の写し、埋葬許可証の写し、火葬許可証の写し等のいずれか）の添付が必要になります。
◎被保険者の死亡の場合、請求者が当組合の被扶養者と認定されていない方の請求の場合は、被保険者との続柄の確認の出来る書類（戸籍謄本の原本、住民票の原本）のいずれか添付してください。
◎第三者の行為による死亡の場合はこの申請書の他に「第三者行為による傷病届」を必ず提出してください。

請求 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	②事業所名						
	③請求者の 氏名・印				④生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	④請求者の住所	〒 _____ 電話 () _____								
	⑤死亡した年月日	平成	年	月	日	⑥死亡した原因	第三者によるものですか		通・通勤中または業務中によるものですか	
						<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		
	⑦被保険者が死亡したための請求であるとき	被保険者の氏名			被保険者からみた請求者との身分関係	埋葬年月日		埋葬に要した費用		
						平成 年 月 日		円		
	⑧被扶養者が死亡したための請求であるとき	被扶養者の氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄

死亡した方の氏名	死亡した方	死亡した年月日
	被保険者・被扶養者	平成 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明いたします。		
		平成 年 月 日
住所	事業所 名称	氏名
		印

* 記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください

⑨ 必ずご記入ください									
銀行 コード (4ケタ)				銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)			支店	普通・当座 (〇をつけてください)
口座 番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします				カタカナで記入してください				

※被保険者及び相続人以外の口座をご希望の場合は『受取代理人の欄』にもそれぞれ記入・捺印が必要です

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。	平成 年 月 日
	被保険者 住所 氏名	印
	代理人 住所 氏名	印

平成 年 月 日提出
受付日付印