

記入例

ご確認ください	健康 保 用 欄	支払額	款項目	¥	拾万	万	千	百	拾	円	年	月	日	取得	年	月	日	伺		
			法定										年	月	日	喪失	年	月	日	支払
			付加																	

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	被保険者証の 記号・番号	(記号) 20	(番号) 212	事業所名	〇〇〇〇株式会社			
が	請求者の氏名	大阪 一子			生年月日	昭和 平成	27年 9月 24日	
記	請求者の住所	〒 ー 大阪市...			電話	()		
入	死亡した年月日	令和 1年 5月 2日	死亡した 原因	××××	第三者によるものですか	通・退勤中または業務中 によるものですか		
す					<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
る	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	大阪 次男	被保険者から みた請求者との 身分関係	妻	埋葬年月日	令和 1年 5月 10日 △△ 円	
こ	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 令和	年 月 日	続柄	

事業主が証明するところ	死亡した方の氏名	死亡した方	死亡した年月日
	大阪 次男	被保険者・被扶養者	令和 1年 5月 2日
	上記のとおり相違ないことを証明		年 5月 31日
	住所	大阪市〇〇区	
	事業所 名称	△△株式会社	
	氏名	取締役社長 東京 三郎	

この欄は、事業主が証明する欄となります。
 ご本人様は記入をしないでください。

*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

必ずご記入ください											
銀行 コード (4ケタ)	1234	〇〇	銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	567	〇〇 支店	普通当座 (〇をつけてください)				
口座 番号	9	8	7	6	5	4	3	カタカナで記入してください			
カオサカ カズコ											
<input type="checkbox"/> 公金受取口座の利用を希望する場合はチェックを入れてください※公金受取口座...はお時間をいただく場合があります											

受取代理人の氏名	氏名	健康保険組合
----------	----	--------

公金受取口座の利用には、健康
 保険組合にマイナンバーの提出が
 済んでいることと、マイナポータル
 での公金受取口座の登録が必須
 です

記入洩れが多発しております！！
 銀行名・支店名・口座番号・預金名義
 全て洩れなく記入して下さい。
 * ゆうちょ銀行をご希望の方は必ず支店名(漢
 数字3桁)も記入してください。
 ※被保険者以外の口座をご希望の場合は、下
 欄の「受取代理人の欄」にもそれぞれ記入が
 必要です。