

ご確認 ください	健保 使用 欄	支	款項目	¥	資格有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	喪失日： 年 月 日
		払	法定		処理日： 年 月 日	支払日： 年 月 日
		額	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、申請者が当組合の被扶養者と認定されていない方の申請の場合は

◎ 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。

①被保険者等 記号・番号	(記号)	(番号)	②事業所名	
被保険者のマイナンバー（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）				
③申請者の氏名		④生年 月 日	昭和 平成	年 月 日
④申請者の住所	電話 ()			
⑤死亡した年月日	令和 年 月 日	⑥死亡 原因	第三者によるものですか <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	通・退勤中または業務 中によるものですか <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
⑦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	埋葬年月日 令和 年 月 日	埋葬に要した費用 円
⑧被扶養者が死 亡したための申請 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

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	令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明いたします。		
	住所	令和 年 月 日
	事業所 名称	
	氏名	

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 (○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		口座 名義	カタカナで記入してください		
銀行	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合はチェックしてください※公金受取口座へのお支払いにはお時間を いただく場合があります					

申請書送付先
お勤めの会社または健保組合

* 健保組合住所 *
541-0041
大阪府大阪市中央区北浜4-7-28
住友ビル2号館6階
住商連合健康保険組合 あて

受付日付印