

健康 保険 使用 額	支 払 額	法定 付加	項目							年	月	日	取得	年	月	日	伺
			拾万	万	千	百	拾	円	年	月	日	喪失	年	月	日	支払	

健康保険埋葬料（費）申請書

請求者	①被保険者証の記号・番号	(記号)	(番号)	②事業所名	
が	③請求者の氏名				④生年月日
記	昭和 平成 年 月 日				
入	④請求者の住所	〒 -			
す	電話 ()				
る	⑤死亡した年月日	令和 年 月 日	⑥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	
と	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
こ	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 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 事業所 名称 氏名		

* 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)									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						口座名義	カタカナで記入してください							
<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※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります															

※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。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名 代理人 住所 氏名													
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

◎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。

ご確認ください