

健康保険 埋葬料(費)・付加金支給申請書

被保険者(申請者)が記入するところ	①被保険者等 記号・番号	記号		②被保険者氏名	
		番号			
	③被保険者住所 ・電話番号	〒 ー TEL ()			
	④所属会社名			⑤備考	
	⑥死亡年月日	令和 年 月 日		⑦死亡原因	
	●被扶養者(家族)が死亡したための申請であるとき				
	⑧死亡した方の氏名		⑨死亡した方の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	●被保険者(本人)が死亡したための申請であるとき ※「⑩振込口座」欄へ申請者名義の口座もご記入下さい				
	⑩申請者氏名		⑪被保険者からみた 申請者の身分関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> その他()	
	⑫申請者住所 ・電話番号	〒 ー TEL ()			
⑬埋葬費用	円	⑭埋葬した年月日	令和 年 月 日		

給付金受取先	⑮委任状	被保険者 (申請者)	この申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。			
			<input type="checkbox"/> 在籍している事業所の事業主 (※「⑩振込口座欄」の記入は不要です) 氏名: _____ 住所: 「被保険者(申請者)住所」欄と同じ			
⑯振込口座	銀行・信組		本店		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通
	金庫・農協		支店			<input type="checkbox"/> 当座
	口座番号		口座名義	※カタカナで記入してください		

— 受付印 —

事業主が証明するところ	死亡した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した方 の氏名		死亡日	令和 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。					証明日: 令和 年 月 日	
	事業所所在地						
	事業所名称						
事業主氏名							
					TEL ()		

健保使用欄	受理決定日	年 月 日	支 給 額		円	常務理事	事務長	事務次長	担当	
	支払日	年 月 日								
	資格取得日	年 月 日	内 訳	埋葬料(費)		円				
	資格喪失日	年 月 日		付加金		円				