

記入例

※ 申請者によって、添付書類が異なります

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 66	②被保険者氏名	健保 一郎	
		番号 123456			
	③被保険者住所 ・電話番号	〒 144 - 0000		TEL 03 (××××) ××××	
	東京都大田区〇〇丁目 1-1-1				
	④所属会社名	ANA△△△株式会社		⑤備考	
	⑥死亡年月日	令和 6 年 9 月 5 日		⑦死亡原因	急性心不全
	●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	健保 花子		⑪被保険者からみた 申請者の身分関係	☒ 配偶者 ☐ 子 ☐ 実父 ☐ 実母 ☐ その他()
⑫申請者住所 ・電話番号	〒 144 - 0000		TEL 03 (××××) ××××		
東京都大田区〇〇丁目 1-1-1					
被扶養者が亡くなられた場合は、事業所経由のお支払いとなりますので、委任状欄をご記入下さい。			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) ☐ 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								
	⑯振込口座	△△△	銀行 信組 金庫・農協	□□□	本店 支店	預金種別 ☐ 当座				
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	※カタカナで記入してください ケンポ ハナコ

事業主が証明するところ	死亡した方	☒ 被保険者 ☐ 被扶養者	死亡した方 の氏名	健保 一郎	死亡日	令和 6 年 9 月 5 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日: 令和 6 年 9 月 25 日					
	事業所所在地	東京都大田区羽田空港〇-〇-〇				
	事業所名称	ANA△△△株式会社				
	事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇			TEL	03 (0000) 0000