

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

資格取得	平成 令和	年	月	日	通番
資格喪失	平成 令和	年	月	日	

被 保 険 者 ま た は 申 請 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	株式会社		
					支店	部	
					営業所	課	
	フリガナ	被保険者生年月日		昭和・平成	年	月	日
	フリガナ	電話番号		—	—		
	フリガナ	〒		—			
	死亡した年月日	死亡原因		第三者行為によるものですか			
	令和 年 月 日			<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	●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		被扶養者の生年月日		続柄		
		昭和 平成 令和 年 月 日					
●被保険者が死亡したための申請であるとき ※続柄は被保険者から見た続柄							
申請者の氏名		続柄	埋葬した年月日		埋葬に要した費用の額		
			令和 年 月 日		円		
公金受取口座	<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します。 (利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。)					
振込希望口座							
金融機関コード	銀行コード		支店コード		□座名 義人	フリガナ	
金融機関名称	銀行 信組 金庫 その他		本店 出張所 支店 その他				
種別	普通・当座	□座番号					
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		
			被保険者・被扶養者		令和 年 月 日 死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します。						令和 年 月 日
	事業所所在地						
事業所名称							
事業主氏名							

《委任状》 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
(申請者) 氏名

代理人 住所
氏名

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

受付印