

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	

記入例

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	〇〇〇 株式会社
		1	1 2 3 4 5 6 7		〇〇 支店 〇〇 部 課
	フリガナ	ダイトウ タロウ		被保険者生年月日	昭和・平成 40年 1月 23日
	被保険者氏名	大東 太郎		電話番号	123 - 4567 - 8910
	フリガナ	トウキョウト〇〇ク△△			
	被保険者住所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区△△1-2-3			
	死亡した年月日	令和 〇年 〇月 〇日		死亡原因	肺がん
				第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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	大東 花子		被扶養者の生年月日	昭和 40年 3月 21日 妻
●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	1 2 3 4	支店コード	1 2 3	フリガナ
金融機関名称	〇〇〇	銀行 信組 金庫 その他	△△	本店 出張所 支店 その他	ダイトウ タロウ
種別	普通 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	〇 座名 義人	大東 太郎
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

**被保険者以外の口座に
入金希望する場合のみ記入**

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