

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号 番号	事業所の名称	・被保険者証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、下記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。			
	氏名 (フリガナ)	生年月日	年	月	日	
	住所 (〒 -) (都 道 府 県)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

申請内容	死亡年月日	死亡原因(傷病名等)	第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい → 「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 <input type="checkbox"/> いいえ	業務上によるものですか <input type="checkbox"/> はい (業務上) <input type="checkbox"/> いいえ (業務外)	
	家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき	ご家族の氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	続柄
	被保険者が死亡したための申請であるとき	被保険者氏名	申請者との身分関係	埋葬した年月日	令和 年 月 日
●介護保険法のサービスを受けていたとき		保険者番号	被保険者番号	保険者名称	

事業主証明欄	死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の別	被保険者	被扶養者	死亡年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	TEL ()	

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 (口座をお持ちの方はご協力ください) <input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行以外を指定	金融機関コード	支店コード
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()	口座番号	口座名義 (フリガナ)

被保険者(申請者)以外の口座へ振込希望の場合のみ下記「受取代理人の欄」へご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者) 氏名	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人(口座名義人) 氏名 (フリガナ)	住所	上記住所欄と同じ
	住所 (〒 -)	TEL ()	委任者と代理人との関係

受付日付印

添付書類	【死亡についての証明】※いずれか1つ ◆死亡診断書のコピー ◆死体検案書のコピー ◆埋葬許可証のコピー ◆火葬許可証のコピー ◆検視調書のコピー (上記書類に代えて、申請書内の事業主証明でも可)	【被保険者の死亡に際して被扶養者以外が埋葬料を申請する場合】 生計維持を確認できる書類 同居 ◆住民票(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの) 別居 ◆定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金書留の封筒の写し ◆亡くなった被保険者が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書の写し等	【埋葬費申請の場合】 ◆埋葬に要した領収書 ◆埋葬に要した費用の明細書
	上記以外にも相続関係を確認する為、戸籍謄本・同意書等が必要な場合がございますので当組合までお問合せください。		

社会保険労務士の提出代行者名記載欄