

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額	円

## 健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者又は申請者情報	被保険者証の記号	番号	被保険者生年月日		
	氏名	(フリガナ)	所属	部・支店・工場	課
	自宅住所	(〒 - )	(都 道 府 県)		
	電話番号	TEL ( )			

申請内容	死亡した年月日	令和 年 月 日死亡	死亡原因		
	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき				
	家族の氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との続柄	
	●被保険者が死亡したための申請であるとき				
被保険者の氏名	被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬・火葬した年月日	令和 年 月 日		
第三者の行為によって死亡した場合はその事実並びに第三者の住所・氏名					

【添付書類】家族(被扶養者)が死亡の場合は、死亡に関する書類(火葬許可証(写)・死亡診断書(写)など)を申請書に添付してください。

事業主証明欄	死亡した方の氏名	<input type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 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する		
令和 年 月 日 事業所所在地 名称 氏名			

振込先指定口座	金融機関名称	(銀行) (金庫) (信組) (本店) (支店) (出張所) 店舗番号	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号
	口座名義	▼カタカナで記入(被保険者死亡の場合は申請者の口座名義)	口座名義の区分

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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	受付日付印
	代理人(口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )	委任者と代理人との関係	

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備考欄へ記載してください。※【注意】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