

健康保険

埋葬料(費)
家族埋葬料(費)

付加金

支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 健康保険被保険者証の記号・番号	(記号) 1	(番号) 12345	② 事業所名	(株)NSD		
	③ 被保険者の氏名(申請者)	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	④ 住所	〒 163 - 0716 東京都新宿区西新宿2-7-1		
		⑤ 連絡先		(090) 1234 - 5678			
	⑥ 死亡した年月日	2019 年 4 月 1 日		⑦ 死亡原因	急性心不全		
	⑧ 死亡した者の氏名・生年月日	(氏名) 健保 花子	(生年月日) 昭和55 年 2 月 3 日				
	⑨ 死亡した者	被保険者・被扶養者		⑩ 申請者からみた死亡した者との続柄	妻		
	⑪ 葬儀を行った年月日	年 月 日		⑫ 埋葬に要した費用の額	円		
	●以下に該当する場合のみ記入してください。						
	被保険者が死亡したとき ⇒ 当組合資格喪失後、家族の被扶養者となり、3ヶ月以内に死亡した場合 被扶養者が死亡したとき ⇒ 被保険者資格喪失後、当組合の被扶養者となり、3ヶ月以内に死亡した場合						
	保険者名		記号・番号		被保険者氏名(世帯主)		被保険者との続柄
振込を希望する金融機関		事業所届け出済み口座(経費口座)へ振込希望の場合は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。⇒別の口座へ振り込み希望の場合のみ、以下記入してください。				<input checked="" type="checkbox"/>	
⑬ ※被保険者又は受領を委任した代理人の口座に限ります	金融機関名称	(フリガナ)	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店		
	普通預金	口座番号	※経費口座へ振込希望の場合は、記入不要				
	口座名義	(フリガナ)					
⑭ 代理人に受領を委任する時は記入して下さい	この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 被保険者氏名 _____						
⑮ 被保険者のマイナンバー	※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。						

事業主が証明するところ	死亡した方の氏名	死亡した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した年月日	年 月 日 死亡
	上記の通り相違ない事を証明する。 年 月 日				
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				

受付年月日