## 健康保険被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者	†(申請者)記入用

被	被保険者等	記号	番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください						
做保険者 申	版体製有等 記号・番号 (左づめ)										
申請者 情報	氏名	(フリガナ)					生年月日	□昭和□平成□○令和□□	年 月 日		
	住所	(〒	_	)			- (道) (泉)				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )								
	□ 本申請書の	)提出を事業3	<b>とへ委任します。(</b>	委任する場合	<b>計</b> は☑)						
<u>*</u>	給与振込口層	とへの給付を と	を希望する場合は	:下記に記,	<u>ኢ</u>						
受取	本申請に基づ	ざく給付金に	関する受領を代理	人に委任し	ます。						
受取代理人の欄	令和 年 申請者住所	月	3	•	代理人の氏	名					
欄	氏名				代理人の住 電話	所					
<u> </u>	<b>外上标节</b> 口間	7 + N m + 1	7.担人は、工気を	、4期/上ラフ 3	<b>-</b>				)		
<u>*</u>			3場合は、下記σ の								
振込	□ マイナポー 注) □座情報の反映	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 <ul> <li>利用しない場合は下記の欄を記入。)</li> </ul> 口座情報の反映には登録から数日を要します。									
无指定口座	金融機関 名称				金庫)(信組)(漁協)	)			(本店)(支店) (出張所) (本所)(支所)		
	預金種別	普通	<b>口座番号</b> (左づめ)								
		▼上記申請者と同	じ名義の口座を記入してくた	ださい。姓と名の	)間は1マス空け	てご記入	入ください。濁点	ā(゛)、半濁点(゜)は1:	字としてご記入ください。		
ı	口座名義 (カタカナ)										
	「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。〉〉										
	 ※健保使用欄					<b>-</b>					
	支給金額	<del></del> 額	常務理事	事務	長	-	担当		受付日付印		
									文的口的印		
	:会保険労務士の 出代行者名記載#										

## 健康保険被保険者 埋葬料(費)支給申請書

被保険者(申請者)・事業主記入用

## 被保険者氏名

死亡年月日							死亡原因					第三者の行為によるものですか								
中請内容	死亡した方の	令和	年	月	日						「はい」	」はい の場合( 病届」を	よ「第		- 行為に					
	●家族(被扶	●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						生年月日日日	区成	年	月日		保険者 の続柄								
	を受けた方で、 ①資格喪失後、 ②資格喪失後、	こくなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき								1. はい	2.	いいえ								
	「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険(記号・番号をご記入ください。							೬.	保険者名記号·番号											
	●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	の氏名 <b>申</b> 葬に要した <u>済</u>					被保険者からみ 申請者との身分			埋葬し <i>†</i> 年月日	<b>三</b> 令	和 4	Ŧ.	月	日					
	埋葬に要した 費用の額						法第3条第2項被 受けた時はその			+					円					
	亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当すること ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたと						ことによる請求です 中に亡くなられたと	か。		1. はい	2.	いいえ								
	「はい」の場合、 保険者名と記号					して加入	していた健康保険の	<b>ກ</b>	保険者名記号·番号											

事	氏名	被保険者・	·被扶養者	·の別		死亡	年月日	
事業主証明欄	死亡した方の	被保険者	被扶養	者)	令和	年	月	日 死亡
崩欄	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							
	事業所名称							
	事業主氏名		TEL		(	)		