

健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書

申請者が記入するところ	① 被保険者証の	記号		② 申請者の氏名 生年月日		昭・平・令 年 月 日	
		番号					
	③ 申請者の住所		〒 ー (電話)				
	委任状	この給付の受領を下記④の事業所に委任しま 令和 年 月 日 申請者氏名					
		<small>※ 現在④の事業所に勤務の方は、委任状の欄を記載してください。 ※ 退職後の申請で、上記に委任しない場合は、『給付金等振込送金依頼書』を提出してください。</small>					
	④ 被保険者の勤務する事業所の名称						
	⑤ 死亡年月日		令和 年 月 日				
	⑥ 死亡原因				⑦ 第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい	
	● 被保険者が死亡したための申請であるときは、その者の						
	⑧ 氏名				⑨ 被保険者と申請者との身分関係		
	⑩ 埋葬した年月日		令和 年 月 日		⑪ 埋葬に要した費用	円	
	● 被扶養者が死亡したための申請であるときは、その者の						
	⑫ 氏名				⑬ 生年月日	昭・平・令 年 月 日	⑭ 被保険者との続柄
	● 介護保険法のサービスを受けていたとき						
	⑮ 保険者番号		⑯ 被保険者番号		⑰ 保険者名称		
備考		<small>※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。 (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。)</small>					

事業主が証明するところ	⑱ 死亡した者の氏名		⑲ 死亡した者		被保険者 ・ 被扶養者	
	⑳ 死亡した年月日		令和 年 月 日		㉑ 死亡した原因	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所名称 事業所所在地 事業主氏名 電 話 ()					

注意事項	1. 「死亡した原因」が外傷性の傷病名である場合は、「負傷原因届」を添付して下さい。 2. 勤務先、医療機関等、市区町村、労働基準監督署、協会けんぽなどに問い合わせをする場合があります。	受付印 }
------	--	--