健康保険　被保険者 ~~家族~~　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	999	② 申請者の氏名 生年月日	埼機　花子 昭・平・令　××　年　××　月　××　日
	番号	999		
③ 申請者の住所	〒 330－×××× さいたま市大宮区桜木町×-××-×××		（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　埼機　花子 ※ 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。

④ 被保険者の勤務する事業所の名称	××株式会社		
⑤ 死亡年月日	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日		
⑥ 死亡原因	×××病	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	埼機　太郎	⑨ 被保険者と申請者との身分関係	妻
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	※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。）		

事業主が証明するところ

⑱ 死亡した者の氏名	埼機　太郎	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	×××病

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　××株式会社

事業所所在地　××市××××町×-××-×××

事業主氏名　代表取締役　××　×××

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