

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	埼玉 花代			
		番号	999		昭・平・令 ××年××月××日			
	③ 申請者の住所		〒 330-×××× (電話) ×××-×××-××××			さいたま市大宮区桜木町×-××-×××		
	委任状		この給付の受領を下記④の事業所に委任しま				申請者氏名 埼玉 花代	
			令和 ××年××月××日					
	<small>※ 現在④の事業所に勤務の方は、委任状の欄に記載してください。 ※ 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		××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		埼玉 太郎		⑨ 被保険者と申請者との身分関係		妹		
⑩ 埋葬した年月日		令和 ××年××月××日		⑪ 埋葬に要した費用		500,000 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		埼玉 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 <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%;">事業所名称</td> <td style="text-align: center;">××株式会社</td> </tr> <tr> <td>事業所所在地</td> <td style="text-align: center;">××市××××町×-××-×××</td> </tr> <tr> <td>事業主氏名</td> <td style="text-align: center;">代表取締役 ×× ×××</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td style="text-align: center;">×××(×××)××××</td> </tr> </table>							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
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
------	--	--