

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	埼玉 太郎		
		番号	999	生年月日	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 令和 ××年××月××日 申請者氏名 埼玉 太郎					
		※ 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			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	埼玉 花子		⑬ 生年月日	昭・平・令 ××年××月××日	⑭ 被保険者との続柄	妻
	● 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	埼玉 花子		⑲ 死亡した者	被保険者 <u>被扶養者</u>
	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