

# (本人・家族) 埋葬料 (費) 支給申請書

(兼 被扶養者削除申請書)

(注) 保険証は返却願います。

被保険者 (申請者) 情報	被保険者等 記号・番号	記号 番号 —	申請日 令和 年 月 日		
	請求者の 氏名	(フリガナ)  印 <small>※被保険者が自ら署名する 場合には捺印不要</small>	生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	請求者の 住所	〒			
	電話番号				
死亡した者の 氏名	(昭和・平成・令和 年 月 日生)		被保険者との 続柄	被保険者死亡の場合 請求者の続柄又は関係	
死亡時の状況	死亡 日時	年 月 日 午前 午後	時頃	場所	
	[原因や傷病の経過などを書いてください。原因は必ず記入または添付書類で示してください。]				
第三者の行為により傷害 を受けた場合	(加害者名) (住 所)				
※振込指定 金融機関	銀行名	支店名	種目	口座番号	名義人
			普		(フリガナ)

※上記振込口座の指定は家族埋葬料の場合には記入する必要がありません。

添付書類 の確認	埋葬・火葬許可証、死亡診断書・死体検案書の写し又は 市区町村等の証明のいずれかを添付ください。 (証明欄には印鑑があることを確認願います。) 請求者が被保険者(本人)でない場合は、事業所担当者へ ご確認ください。	事業所担当部署	
		係	長

健康保険 組合記入	死亡の日	年 月 日
	資格喪失日	年 月 日
	認定日	年 月 日
	証	インプット 続柄コード

健康保険組合起案・決議			決裁
適用	給付	事務長	常務理事