

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号と番号	記号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	②被保険者(申請者)の氏名	丸井 太郎		
	③被保険者(申請者)の住所	〒000 - 0000 東京都○○区○○ ○-○-○			Tel. 000 (0000) 0000 <small>日中に連絡のとれる電話番号を記入ください</small>		
	④事業所の名称	※保険証の事業所名を記入					
	⑤死亡した年月日	○○○○ 年 ○○月 ○○日	⑥死亡原因	死亡診断書の原因を転記	⑦第三者行為によるものですか	はい・いいえ <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いい	
	<small>はいの場合は「第三者の行為による傷病届」を提出ください</small>						
	●被保険者が死亡したための申請であるとき						
	⑧被保険者氏名			被保険者からみた申請者との身分関係			
	⑨葬儀を行った年月日	年 月 日	⑩埋葬に要した費用の額		円		
	●被扶養者(家族)が死亡したための申請であるとき						
	⑪被扶養者氏名	丸井 花子		生年月日	○○○○ 年 ○○月 ○○日	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							
保険者番号		被保険者番号		保険者名称			

振 込 口 座	⑫ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 銀行・信組 金庫・農協 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 支店 出張所			
	預金種別	口座番号	フリガナ	マルイ タロウ
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	○○○○○○○○	口座名義	丸井 太郎
	<small>□ マイポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する(利用しない場合は上の欄を記入) 注) 口座情報の反映は登録から数日を要します。受取代理人指定の場合は公金受取口座の利用不可</small>			

備考
<small>被保険者の記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、備考欄へご記入ください。(マイナンバー記載の場合は、個人番号、本人確認の添付書類が必要です。)</small>

●給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、下記委任状に記入・押印ください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑬本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	被保険者 住所	
	(請求者) 氏名	
	代理人 住所	
	代理人 氏名	
※委任者と代理人の関係()		

受付日付印

事 業 主 が 証 明 す る 欄	⑭死亡した方の氏名		⑮死亡した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	⑯死亡した年月日	年 月 日
	⑰上記のとおり相違ないことを証明します。					
	年 月 日		事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	TEL ()