

健康保険

被保険者
家族

埋葬料(費)支給申請書

受付年月日

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号		生 年 月 日		所 属	
	—		昭和 平成		年 月 日	
	被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名	フリカナ	被 保 険 者 (請 求 者) の 住 所	〒		
			電話			
	死亡した方の	氏 名		死亡年月		被保険者との続柄
			令和 年 月 日			
	死亡原因				第三者行為による ものですか	は い ・ いいえ
						「はい」の場合は、「第三者の行為による 傷病届」を提出下さい
	亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の 認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 1. 資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき 2. 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき 3. 資格喪失後、2の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき					は い ・ いいえ
	「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名 と記号・番号をご記入ください。					保険者名 記号・番号
受 取 代 理 人 の 欄	●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	
	振込先指定口座					
	金融機関名	店 名	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナ)	
	池田泉州銀行		普 通			
	口座名義の区分					
事 業 主 証 明 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日					
	被 保 険 者 (申 請 者)		住 所 氏 名		委任者と代理人 との 関 係 ()	
	代 理 人		住 所 氏 名			
			電 話			
	受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄					
	金融機関名	店 名	預金種別	口座番号	口 座 名 義	
				フリカナ		
事 業 主 証 明 欄	死亡した方の	氏 名		被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者 の 別	死亡年月日	
			1.被保険者 2.被扶養者		令和 年 月 日死亡	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日					
	事業所所在地					
事業所名称						
事業主名 TEL ()						