

健康保険 被保険者 埋葬料（費） 申請書  
 家 族 埋葬料付加金

被保険者証の記号・番号				生年月日				被保険者 (請求者)の 氏名		(フリガナ)					
				昭和 平成											
事業所名															
被保険者(請求者) の住所				〒				電話番号		( )					
(フリガナ)															
死亡した方の氏名				生年月日				昭和・平成・令和		年		月 日			
死亡年月日				令和				死亡原因		第三者行為に よるものですか		0:いいえ 1:はい			
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			
被扶養者死亡の場合				被保険者死亡の場合											
被保険者との続柄				資格喪失後の死亡の時は、死亡日に加入している被保険者証の				保険者名称		電話番号 ( )					
被扶養者認定(資格取得)3ヶ月以内の死亡の時は、認定前(取得前)に加入していた被保険者証の				電話番号 ( )				記号・番号		資格取得年月日					
								埋葬した年月日		年 月 日					
				記号・番号				埋葬に要した費用の額				円			
				被保険者氏名				被保険者からみた申請者との身分関係							
資格喪失年月日				年 月 日				法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額)				円			
振込先金融機関				※請求者の口座へ振込を希望する場合に記入してください。 (銀行コード: ) (支店コード: ) 銀行・信用組合 本店 信用金庫・農協 支店											
預金種別				1. 普通 2. 当座				口座番号							
口座名義 (カタカナ)															

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名				死亡した日				令和 年 月 日 死亡			
	死亡した者				被保険者				・ 被扶養者			
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日											
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号												

※給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任する場合に記入してください。

受取代理人の欄	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。 令和 年 月 日											
	被保険者住所 (請求者)氏名				Ⓜ							
	代理人の氏名と印				(フリガナ)				委任者と代理人との関係			
	代理人の住所				(フリガナ)							

受付日付