

支払 決 議 書	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱者
	支給額	円				
	資格取得	S・H・R 年 月 日	喪失	R 年 月 日		

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 埋葬料 埋葬費 支給申請書

◎記入方法及び添付書類等については、別紙「記入上の注意」を確認してください。	申請者記入欄	① 被保険者等 記号・番号	記号 番号	② 被保険者 (申請者)の 氏名	フリガナ	③ 生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日
		④ 被保険者 (申請者)の 住所	〒 - ※ 都道府県から記入してください				⑤ 電話番号
	⑥ 事業所の 名称						
	⑦ 死亡した 年月日	令和 年 月 日	⑧ 死亡した 原因		⑨ 第三者行為に よるものですか	☐ いいえ ☐ はい	
	● 家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき						
	⑩ 被扶養者の 氏名		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	被保険者 との 続柄		
	● 被保険者が死亡したための申請であるとき						
	⑪ 被保険者の 氏名		被保険者からみた 申請者との身分関係				
	⑫ 埋葬を行った 年月日	令和 年 月 日	⑬ 埋葬に 要した 費用	円			
	事業主が証明する欄	⑭ 死亡した方 の 氏名		⑮ 死亡した方	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	⑯ 死亡した 年月日	令和 年 月 日
⑰ 上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日 令和 年 月 日							
所在地 名称 事業主氏名 Tel							

※ ⑱・⑳については「記入上の注意」を参照のうえ、必要な部分について記入してください。

支払金融機関	⑱	☐ 銀行 ☐ 信組 ☐ 支店 ☐ 金庫 ☐ 農協 ☐ 出張所	金融機関コード〔 〕 店番号〔 〕		
	預金種別	口座番号	フリガナ		
	☐ 普通		口座 名義		
	☐ 当座				
備考欄				被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。	

委任状	⑳	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 (申請者)	住所 氏名			
	受取代理人	住所	〒 - Tel		
		氏名	フリガナ		

事業所担当者印

※ 訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には記入者の印を押してください。