

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

平成 年 月 日 申請

三岐しんきん健康保険組合 理事長 様

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		被保険者(申請者)の氏名		印	生 年 月 日		
	記号	番号				昭和	年 月 日	
						平成	年 月 日	
	被保険者(申請者)の住所		〒 -					
	事業所の名称							
	死亡した年月日	平成 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	
	被保険者が死亡の場合	被保険者氏名	被保険者と申請者との続柄				「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。	
		埋葬した年月日	平成 年 月 日	埋葬に要した費用	円			
	被扶養者が死亡の場合	死亡者氏名	生年月日		昭・平 年 月 日	被保険者との続柄		
資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の		記号	番号	被保険者名				
被扶養者が被保険者であった場合はその当時の被保険者証の		記号	番号	被保険者名				
本申請に基づく給付金に関する受領を ⑩ に委任します。 平成 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 ⑩								
受領の委任をしないとき	振込希望金融機関名	信用金庫店	口座番号			口座名義	ふりがな	

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	死亡した者の氏名			被保険者・被扶養者の別	被保険者 ・ 被扶養者
	死亡した年月日	平成 年 月 日	死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 所在地 名称 事業主名 ⑩				

亡くなった方が		添付書類
被保険者		健保組合への請求及び受領に係る代表者選任届
被扶養者		被扶養者(異動)届
任意継続被保険者	本人	死亡診断書または埋葬許可証(いずれも写し) 健保組合への請求及び受領に係る代表者選任届
	被扶養者	死亡診断書または埋葬許可証(いずれも写し) 被扶養者(異動)届

.....
受付日付印

亡くなった方の被保険証をご返却ください