

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

令和 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				生 年 月 日	
	記号	番号					昭和	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	令和 年 月 日	死亡原因				第三者行為によるものですか	
	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 ・ いいえ		
	被扶養者が死亡の場合		死亡者氏名	生年月日	昭和 平成 令和	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	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	保険者名			
	本申請に基づく給付金に関する受領を..... に委任します。							
令和 年 月 日								
被保険者(申請者)氏名 .....								
受領の委任をしないとき		<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。						
振込希望金融機関名		信用金庫	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	令和 年 月 日	死亡		
	上記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					
事業所名称					
事業主名					

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と担当者の氏名(サイン)をご記入ください。

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

亡くなった方の被保険証をご返却ください

受付日付印

令和5年2月1日