

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

令和 1 年 5 月 17 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	健康花代				昭和	40 年 10 月 20 日		
	7	0	1	2	3	4	平成			
	被保険者(申請者)の住所		〒 110 - 2222 岐阜県土岐市泉町 5 - 6 - 7							
	事業所の名称		東海信用金庫							
	死亡した年月日	令和 1 年 5 月 10 日	死亡原因	急性心不全			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	健康保男	被保険者と申請者の続柄	夫		はい・いいえ			
	被扶養者が死亡の場合	死亡者氏名	埋葬した年月日	平成 年 月 日	埋葬に要した費用			「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。		
	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.....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 振込希望金融機関名 東海信用金庫 本店 口座番号 0123456 口座名義 健康花代

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	死亡した者の氏名	健康保男	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 1 年 5 月 10 日 死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 1 年 5 月 20 日 事業所所在 岐阜県多治見市本町 1 - 1 - 1 事業所名称 東海信用金庫 事業主名 理事長 東海 一郎			

※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

受付日付印

亡くなった方の被保険証をご返却ください

令和3年6月1日