

健康保険 **被保険者** 埋葬料(費)支給申請書
家 族

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	被保険者と申請者との続柄	夫		はい・いいえ					
	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	東海信用金庫	本店	口座番号	0	1	2	3	4	5	6	口座名義	健康花代
											ふりがな	けんこう はなよ

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

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