健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書

被保険者(申請者)の住所 〒	三	岐しんきん 健 ! 下記のとおり申			長 様				令和	:	年	月	日	申請	
被保険者(申請者)の住所		記号	· 番	号	被保険者(申請者)の氏名					生年月日					
被保険者(申請者)の住所		記号番号	·									年	月	日	
者 (申 請															
Runder 日 日 Runder Runder		事業所の名称													
申請者 被保険者 機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局」を提出して下さい。」 者 理難した 年月日 中年月日 埋葬に要した費用 甲段 大業者が 死亡者 年月日 関係 年度した費用 甲子級 年月日 被保険者との続柄 中月日 被保険者 との続柄 中月日 被保険者 との続柄 記号 かったときは、その 場合 氏 名	11	死亡した年月日	令和	年	月 巨	1 1									
R	l '	被 保 険 者 が									「はい」	の場合は	、「第三都	者行為に	
破 挟 養 者 が 死亡 名 氏 名 生年月日 昭 中 中 月 日 被保険者 との続柄 資格喪失後、家族の被扶養者と記号なったときは、その 被扶養者が被保険者であった場 記号合はその当時の 番号 保険者名 本申請に基づく給付金に関する受領を		請										円			
か)		死亡 者			生年	月日	平成	年	月	日				
本申請に基づく給付金に関する受領を		資格喪失後、家族の被扶養者と 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とします。 (た委任します。) 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を設ける受験のと数日を要します。 (注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 展込希望を融機関名 店 日用金庫 口座 番号 日 死亡 事業主が記した年月日 令和 年 月 日 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。 ・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	入	被扶養者が被保険	番号保険者名												
ころ 被保険者(申請者)氏名 事業主が証明 死亡した毎月日 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。 東業所所在事業所名称 では保険者(申請者)氏名 被保険者(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。 事業所のとおり相違ないことを証明します。 中月日 中元	· 1											- 0			
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。(利用する場合は図 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 店	と	令和 年 月 日													
マイナポータル等で事前登録にた公金受取口座を利用します。(利用する場合は2 利用しない場合は下記の欄を記人。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 をした者の氏名 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 事業所系称		被保険者(申請者)氏名													
変しないとき 振込希望 金融機関名 信用金庫 店 口座 番号 口座 名義 事業主 が 証明 するとこ ス 一年 月 日 日 年 月 日 日 年 月 日 日 年 月 日 日 年 月 日 日 日 日	()		□ 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 ☑ 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。												
事業主 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。 明するとこ 事業所所在 事業所名称							,								
事業主 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。 明するとこ 事業所所在 事業所名称			1	<u> </u>		<u> </u>				<u> </u>					
が 上記のとおり相違ないことを証明します。 明 令和 年 月 日 る 事業所所在 と 事業所名称	事	死亡した者の氏名			被保険者·被扶養者					刀別 被保険者・ 被扶養者					
が 上記のとおり相違ないことを証明します。 明 令和 年 月 日 する 事業所在 とこと 事業所名称	業主	死亡した年	月日	令和	年 月	l E	死	亡							
明 令和 年 月 日 する 事業所所在 とここ 事業所名称	が	上記のとおり相違ないことを証明します。													
る 事業所所在 と 事業所名称	明	令和 年 月 日													
	る	事業所所在													
	ے ک	事業所名称													
1 1	ろ			事	業主名	1									

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

受付日付印