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

記号・番号		被保険者(申請者)の氏名	生年月日
記号	番号		昭和 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	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 「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	令和　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	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	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	☐ 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。						
	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	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

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6年12月2日