

支給決定及支払伺			埋葬料(費)	円	支払年月日
常務理事	事務長	担当者	家族埋葬料(費)	円	年 月 日
			支給額	円	

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書  
家族

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号	被保険者の 氏名・生年月日		フリガナ		
		番号			昭和・平成 年 月 日		
	被保険者の住所	(〒 - )			TEL ( )	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
	事業所の名称				TEL ( )		
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡原因		工作中、通勤途中または第三者行為によるものですか	いいえ・はい	
	葬儀を行った年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額	円			
	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき						
	被扶養者氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄	
	●被保険者が死亡したための申請であるとき						
	申請者の氏名		被保険者からみた申請者との身分関係				
申請者の住所				TEL ( )	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		

被保険者が死亡したための申請の場合は事業主の証明が必要です。

事業主が証明する欄	上記のとおり相違ないことを証明する。					
	事業所所在地	証明日 令和 年 月 日				
	事業所名称					
	事業主氏名	TEL ( )				

振込希望口座	銀行・信組	支店	預金種別	口座番号		口座名義(カタカナ)
	金庫・農協	出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
	[金融機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ]	[店番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ]				

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※口にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人(振込口座の記入は不要です) <input type="checkbox"/> その他の受取代理人		受取代理人情報	代理人住所	(〒 - ) TEL ( ) ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
	住所	フリガナ			
	被保険者(申請者)氏名		代理人氏名		