

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者	被保険者証	記号	1500	氏名	横浜 康介
		番号	9***99		

下記のとおり埋葬料(費)の支給を申請します

申請内容	
亡くなられた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名: <b>横浜 健史郎</b> 続柄: <b>父</b> )
※本人が死亡したとき	<input type="checkbox"/> 請求者 (氏名: _____ 本人との続柄: _____)
死亡年月日	令和 <b>3</b> 年 <b>3</b> 月 <b>25</b> 日
死亡原因	<b>多臓器不全</b>
埋葬に要した費用の額	<b>432,100</b> 円
	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する…別途届出が必要です
被保険者死亡の場合、在職中の死亡ですか	<input type="checkbox"/> はい (以下記入不要) <input type="checkbox"/> いいえ (現在加入している保険者(健保組合)等を、下記に記入してください)
死亡当日加入している保険者(健保組合等)	保険者名 _____ <b>被保険者(本人)死亡の場合のみ ✓ を入れてください</b> <b>* 退職後死亡の請求は、死亡当日加入の健保名等も記入してください</b>
上記の保険者からの埋葬料について	* 退職後の請求は、被保険者期間が継続して1年以上有り、当健保の資格喪失等から3ヶ月以内に死亡した場合に限ります * 死亡原因が、第三者(他人)の行為に該当した場合に第三者行為による傷病届を別途提出ください * 保険証の記号が「1300」以外の方は、 <b>①に被保険者名義の振込口座を記入してください。</b> (ありません)
① 振込先	金融機関 _____ (その他) _____ (出張所) _____ (支所) _____ 口座番号 _____ (フリガナ) _____ <input type="checkbox"/> 座名義の区分 _____ 1. 申請者 2. 代理人
② 委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 <b>3</b> 年 <b>4</b> 月 <b>21</b> 日 住所 <b>東京都世田谷区等々力〇丁目〇番〇号</b> 被保険者 氏名 <b>横浜 康介</b>

**保険証の記号が「1300」以外で在職中の方は、②の委任状欄に住所・氏名を記入してください。**

マフガで申請の場合: 1. 本人確認のため、運転免許等の写しも添付してください。  
2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

事業主証明欄	死亡した方の氏名	本人・家族の別	死亡した年月日
	上記のとおり相違ないこと		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名	TEL ( )	

**所属の事業所で証明を受けてください。**

**※証明を受けない場合や本人死亡の場合は、「添付書類」をご確認ください。**

添付書類	事業主の証明を得ずに申請する場合は下記書類のいずれか一通 ・ 市区町村発行の、埋葬許可証、火葬許可証の写し ・ 医療機関発行の、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写し
	被保険者本人の死亡で、当健保加入の被扶養者以外の方が申請(請求)する場合 1. 被保険者との続柄(関係)を証明する書類 2. 埋葬に要した費用の領収書(原本)、品目・金額等を記載した明細書(写)

健保受付印