

(本人・**家族**) 埋葬料 (費) 支給申請書

(兼 被扶養者削除申請書)

(注) 保険証は返却願います。

被保険者 (申請者) 情報	被保険者等 記号・番号	記号 1234	番号 567890	申請日	令和	○年	○月	○日
	請求者の 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	健保	生年 月日	昭和・平成・令和	○年	○月	○日
	請求者の 住所	〒 106 - 0047 東京都○○区○○1-3						
	電話番号	03(3280) × × × ×						
死亡した者の 氏名	健保 花子		被保険者との 続柄	母	被保険者死亡の場合 請求者の続柄又は関係			
死亡時の状況	死亡 日時	昭和 ○年 ○月 ○日	令和 ○年 ○月 ○日	午前 午後	6 時頃	場所	○○総合病院	
	[原因や傷病の経過などを書いてください。原因は必ず記入または添付書類で示してください。] 急性心不全							
第三者の行為により傷害 を受けた場合	(加害者名)		(住所)					
※振込指定 金融機関	銀行名	支店名	種目	口座番号	名義人			
			普		(フリガナ)			

※上記振込口座の指定は家族埋葬料の場合には記入する必要が**あ** **い** **ず** **れ** **か** **の** **書** **類** **を** **添** **付** **し** **て** **く** **だ** **さ** **い**

添付書類 の確認	埋葬・火葬許可証、死亡診断書・死体検案書の写し又は 市区町村等の証明のいずれかを添付ください。 (証明欄には印鑑があることを確認願います。) 請求者が被保険者(本人)でない場合は、事業所担当者へ ご確認ください。	事業所担当部署	
		係	長

健康保険 組合記入	死亡の日	年	月	日
	資格喪失日	年	月	日
	認定日	年	月	日
	証	インプット	続柄コード	

健康保険組合起案・決議			決裁
適用	給付	事務長	常務理事