

(本人・**家族**) 埋葬料 (費) 支給申請書
(兼 被扶養者削除申請書)

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			生年 月日	昭和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	請求者の 住所	〒 106 - 〇〇47 東京都〇〇区〇〇1-3				
	電話番号	03(3280) × × × ×				
死亡した者の 氏名	健保 花子 昭和 平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生)			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	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	午前 午後	6 時頃	場所	〇〇総合病院
	[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ない。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