

(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 番号 1234 - 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 ※被保険者が自ら署名する 場合には捺印不要	
	請求者の 住所	〒 106-0047 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
	[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
			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**いづ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・死体検査書の写し又は 市区町村等の証明のいづ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 認定	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