組合使用欄												
	支給年月日	年　月　日	法定給付									
	資格取得日	年　月　日	付加給付									
	資格喪失日	年　月　日	合計支給額									

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者・家族 埋葬料（費）・付加金 支給申請書

被保険者情報				
記号・番号	・	生年月日	昭和 平成　年　月　日	
氏名・印	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	㊞	＊自署の場合は押印を省略できます	
住所	〒　－ TEL（携帯可）　－　－			
□　本申請書の提出を事業主に委任します。（委任する場合は ☑）				

申請内容								
死亡した方の	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか					
	年　月　日		□ はい　□ いいえ					
●ご家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき								
ご家族の氏名		生年月日	昭和 平成　年　月　日	被保険者との続柄				
当健保の扶養認定を受けてから3ヶ月以内ですか	□　はい	□　いいえ						
「はい」の場合、ご家族が以前に加入していた健康保険について	名称							
	記号・番号							
●被保険者が死亡したための申請であるとき								
被保険者の氏名		被保険者から見た請求者との身分関係		埋葬した年月日	年　月　日			
埋葬に要した費用の額								
当組合の資格喪失後の請求の場合、下記の①～③のいずれかに当てはまる場合は「はい」にチェックを付けて下さい。								
① 当組合の資格喪失後、3ヶ月以内ですか ② 当組合の資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中ですか ③ 資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内ですか	□　はい　□　いいえ							
「はい」の場合、被保険者の方が死亡時に加入していた健康保険について	名称							
	記号・番号							

事業主証明欄				
死亡した方の	氏　名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日	
		被保険者　被扶養者	年　月　日　死亡	
上記のとおり相違ないことを証明します。			年　月　日	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	㊞　TEL　－　－			

振込先					
金融機関名	支店名		口座番号	口座名義（カタカナ）	
		普通			

受取代理人の欄			
被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は、被保険者（申請者）・代理人がそれぞれ記入・捺印のこと			
被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　平成　年　月　日 氏名・印　㊞　住所「被保険者情報」の住所と同じ		
代理人（口座名義人）	〒　－　TEL（携帯可）　－　－ 住所		
	氏名・印 (ﾌﾘｶﾞﾅ)　㊞	申請者と代理人との関係	

※被保険者証の記号・番号を記入した場合はマイナンバーは不要です。

● マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認及び本人確認書類の添付が必要です。

【被保険者のマイナンバー】

事業所担当印

受付日付印