

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・付加金支給申請書

※記入例を確認の上、ご記入ください。
※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

申請者情報	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	申請書氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	申請者 生年月日	昭和 平成	60年7月10日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp	

申請内容	死亡年月日	令和2年5月1日	死亡原因	急性心不全		第三者の行為によるものですか はい ・ いいえ
	■家族(被扶養者)が死亡したための申請の場合					
	ご家族の氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	下記に該当する方は、以前加入していた保険者名と記号番号を記入してください。					
	①当組合の被扶養者認定後3か月以内に死亡した					保険者名 電話 ()
	②前加入組合を資格喪失後、傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した					記号一番号
	③前加入健保を資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した					
	■本人(被保険者)が死亡したための申請の場合					
	被保険者氏名	健保 太郎		被保険者からみた 申請者との身分関係	妻	
	埋葬した年月日			埋葬に要した費用	円	
下記に該当する方は退職後に加入していた保険者名と記号番号を記入してください。						
①退職等で当健保の資格喪失後3か月以内に死亡した					保険者名 電話 ()	
②資格喪失後、当組合から傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した					記号一番号	
③資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した						

事業主証明欄	この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください。 証明がもらえない場合は死亡した事を証明する書類 (死亡診断書・埋葬許可証 等)を添付してください。				

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	☐ ①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。		←該当するものにチェック☑して下さい。	
	☒ ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和2年6月4日	
	被保険者 (申請者)	氏名		
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名	健保 花子	

振込先情報	金融機関名称	〇〇〇 銀行 〇〇〇	本店 支店	支店番号	123
	預金種別	普通 当座 その他 ()	口座番号	0123456	口座名義 (カタカナ) ケンポ ハナコ

備考	個人番号 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	
	☐ 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。	

社会保険労務士の提出代行者欄

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・付加金支給申請書

※記入例を確認の上、ご記入ください。
※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

申請者情報	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	申請書氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		申請者 生年月日	昭和 60年3月22日 平成
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567		メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp

申請内容	死亡年月日	令和 2年5月1日	死亡原因	急性心不全		第三者の行為によるものですか はい ・ いいえ	
	■家族(被扶養者)が死亡したための申請の場合						
	ご家族の氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和 60年7月10日	被保険者 との続柄	妻	
	下記に該当する方は、以前加入していた保険者名と記号番号を記入してください。					保険者名	電話 ()
	①当組合の被扶養者認定後3か月以内に死亡した					記号一 番号	
	②前加入組合を資格喪失後、傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した						
	③前加入健保を資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した						
	■本人(被保険者)が死亡したための申請の場合						
	被保険者氏名			被保険者からみた 申請者との身分関係			
	埋葬した年月日			埋葬に要した費用	円		
下記に該当する方は退職後に加入していた保険者名と記号番号を記入してください。					保険者名	電話 ()	
①退職等で当健保の資格喪失後3か月以内に死亡した					記号一 番号		
②資格喪失後、当組合から傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した							
③資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した							

事業主証明欄	上	この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください。 証明がもらえない場合は死亡した事を証明する書類 (死亡診断書・埋葬許可証 等)を添付してください。	
--------	---	--	--

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	☒ ①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。		←該当するものにチェック☑して下さい。	
	☐ ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和 2年 6月 4日	
	被保険者 (申請者)	氏 名	健保 太郎	
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名		

振込先情報	金	任意継続被保険者・退職者以外は、委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。		3 ウ
	備考	①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点 ☐ 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。		

社会保険労務士の提出代行者欄

受付日付印
