

健康保険 被保険者 埋葬料（費）支給申請書

被保険者（申請者）が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 1	被保険者（申請者）氏名 ケンポ タロウ
		番号 2 3 4 5	健保 太郎
	死亡した者の氏名	ケンポ ヤスジロウ 健保 保次郎	死亡した者の生年月日 昭和 平成 令和 1 7 0 9 1 1
	死亡した年月日	令和 0 1 1 2 2 1	死亡原因 肺がん
	埋葬した年月日	令和 0 1 1 2 2 3	第三者の行為によるものですか 1. いいえ 2. はい
被保険者（申請者）の振込先	<input type="checkbox"/> マイナポータルで事前登録した公金受取口座を利用します。 利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。※口座情報の反映には登録から数日を要します。		
	三菱東京UFJ 銀行 港 支店	普通 当座	No. 1 2 3 4 5 6 7
	口座名義（カナ） ケンポ タロウ		
	上記のとおり申請します。 令和 1 年 1 2 月 2 6 日 住所 〒106-0000 東京都港区中央1-2-3 被保険者（申請者）氏名 健保 太郎 電話 03 (1234) 5678 アボット健康保険組合理事長 殿		

- ◎死亡診断書、埋（火）葬許可書、除籍謄本、死体検案書のいずれか1つを添付（写）してください。（※事業主証明がある場合は不要）
- ◎被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬にかかった費用の「領収書」を添付してください。
- ◎被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の方による申請の場合は、権利継承届ならびに亡くなった被保険者との関係が分かる書類（戸籍謄本など）を添付してください。

事業所の証明する欄	上記のとおり相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
電話	

事業所の証明欄

受付日付印