

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	フリガナ ケンポ タロウ					
		番号 2 3 4 5		健保 太郎					
	死亡した者の氏名	フリガナ ケンポ ヤスジロウ	死亡した者の生年月日	昭和 平成 令和	年 1 7	月 0 9	日 1 1	死亡した者と申請者との身分関係	父
	死亡した年月日	令和 0 1	年 1 2	月 2 2	日 2 1	死亡原因	肺がん		
	埋葬した年月日	令和 0 1	年 1 2	月 2 2	日 2 3	第三者の行為によるものですか	1. いいえ 2. はい	埋葬に要した費用	円
被保険者（申請者）の振込先	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、亡くなった被保険者との身分が分かる書類（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								

受付日付印