

健康保険 被保険者家族 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		被保険者（申請者）氏名		フリガナ					
			番号									
	死亡した者の氏名		フリガナ		死亡した者の生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	死亡した者と申請者との身分関係	
	死亡した年月日		令和	年	月	日	死亡原因					
埋葬した年月日		令和	年	月	日	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		<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。										
		銀行		支店		普通当座		No.				
		口座名義（カナ）										
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 住所 被保険者（申請者） 氏名 電話 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												

受付日付印