

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

※ 申請書は、被保険者の自書にてお願いいたします。

<b>① 被保険者証の記号・番号</b>	<b>② 生 年 月 日</b>	年	月	日
—	昭和 平成	年	月	日
<b>③ 被保険者等 (申請者) の氏名</b> <small>(フリガナ)</small>	<b>④ 事業所の 名称</b>	<b>所在地</b>		
<b>⑤ 被保険者等 (申請者) の住所</b> 郵便番号	<small>(フリガナ)</small>			
平成 年 月 日		<b>⑦ 死亡原因</b>		<b>⑧ 第三者の行為によるものですか</b> 「はい」の場合は「第三者の行為による 傷病届」を提出してください。
被扶養者が死亡したための申請 であるとき		<b>⑨ 被扶養者の氏名</b>	<b>⑩ 被扶養者の生年月日</b> 昭和・平成・令和 年 月 日	<b>⑪ 被保険者 との続柄</b>
<b>⑫ 埋葬年月日</b> 平成 年 月 日	<b>⑬ 埋葬に要した 費用の額</b>		円	
被保険者が 死亡した ための申請 であるとき	<b>⑭ 被保険者の氏名</b>		<b>⑮ 被保険者からみた申請者との身分関係</b>	
	<b>⑯ 死亡した方は、健康保険等の被扶養者になっていましたか</b>			
	1 いた		2 いない	

事業主の 証明欄	<b>死亡した方の氏名</b>	<b>死亡した方</b> 被保険者・被扶養者	<b>死亡した年月日</b> 平・令 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日	
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名	電話 ( )	

給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。

金額の 受領を 委任する ときに 記入	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。		
	令和 年 月 日	被保険者 (申請者) 氏名	⑩
	委任された者の 事業所名		
	住所	委任者と代理人との関係	
	氏名・印	⑩	
	上記金額正に受領いたしました。	住所	令和 年 月 日
	氏名	⑩	

名古屋木材健康保険組合

※ 訂正をする場合、訂正印として申請者印と同じ印を押印してください。

※ 被保険者(請求者)本人への送金を希望される場合は、別途「保険給付金個人振込銀行口座指定届」の届出が必要となりますので、当健保組合までご連絡ください。

被保険者のマイナンバー記載欄	
----------------	--

受 付 日 付 印

※ 被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カードの写し等)」、「本人確認(運転免許証の写し等)」をするための添付書類が必要です。)

社会保険労務士の 提出代行者印	⑩
--------------------	---

- (注) 1. 被保険者・被扶養者による申請の場合は、死亡診断書もしくは埋葬許可書のコピーを添付してください。  
2. 被保険者死亡により被扶養者以外の方による申請の場合は、被保険者との関係のわかるもの(戸籍謄本等)及び埋葬に要した費用の領収書のコピーを添付してください。(申請者記入欄に被保険者との間柄を記入してください。)