健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・付加金支給申請書

申請者情報					
被保険者証等記号・番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)	
申請者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		申請者生年月日	昭和 平成	年　月　日
申請者住所	〒 電話　(　　)				
社員番号			ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		

申請内容					
死亡年月日	令和　年　月　日	死亡原因		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 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				保険者名	電話　(　　)
				記号ー番号	
■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。 ①退職等で当健保の資格喪失後3か月以内に死亡した 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				保険者名	電話　(　　)
				記号ー番号	

振込先情報					
金融機関名称	銀　行 信用金庫	本店 支店	支店番号		
預金種別	普通 当座　その他(　　)	口座番号		口座名義(カタカナ)	

事業主証明欄		
死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
	被保険者・被扶養者	令和　年　月　日

上記の通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　(　　)

【添付書類】

1. 上記事業主証明欄の記入(被保険者が死亡した場合)、または死亡診断書・埋葬許可証などの写し
2. 被保険者が死亡した場合で申請者が被保険者の扶養に入っていなかった場合は、被保険者との家族関係を証明する書類(戸籍謄本など)
3. 埋葬費を申請する場合は埋葬に要した費用の領収書(原本)

備考	
	個人番号 (被保険者証の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

受付日付印

東和薬品健康保険組合

(2024.11.28)