## 健康保険 宏 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		<b>香号</b>	所属哥		〇〇〇株式会社 〇〇支店							
	記号•番号	1	2	234	及び部	及び部署名		線) <b>03</b> -	1234-5678	378 ( <b>999</b> )				
	1 3 t W / F	フリガナ ケ	ンポ タロ	ウ	申書	青者	昭和			0 - 00				
	申請者氏名	健保 太郎			生年月日		平成		60 年、	3 月 22 日				
者情	T 000-000													
報	申請者住所	東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室												
		電話 09							0(000)000					
	社員番号	C	メールアト・レス			ΟΔΔ	∆∆@○○○. ne. jp							
	死亡年月日	A.T	<b>-</b>	0 == 1	. F. F.	P.	性心不全		第三者の行為によるものですか					
		令和 <b>4</b> 年	三 5月	3日 死亡	原因	思			はい・	(VV)				
	■家族(被扶養者):	が死亡したため	の申請の場合											
申	ご家族の氏名 <b>健保 花子</b>		生年月日		昭和 平成 <b>6</b>		月 <b>20</b> 日	被保険者	妻					
				,,	令	和	<del>00</del> 4 <b>Т</b> Д <b>20</b> П		との続柄	<u> </u>				
	下記に該当する方に	険者名												
	①当組合の被扶養者認定後3か月以内に死亡した 電話 ( ) 電話 ( ) である。 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 である。													
請内	③前加入健保を資					(=)=====	記号	号一番号						
容	■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。  保険者名													
	①退職等で当健保の資格喪失後3か月以内に死亡した 電話 ( ) 電話 ( )													
	②資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した													
振	金融機関名称	000		銀行		000		本店	支店番号	123				
込先情報	並慨機制石柳			信用金庫				支店	<b>火</b> 泊留力	120				
	預金種別	普通その当座	の他( )	口座番号	12	34567		座名義 1タカナ)	ケンポ	タロウ				
事		被保険者が亡くなった場合は、												
· 業 主	 上記の通	この欄に事業主の証明を依頼してください。												
証明	事業 証明がもらえない場合および家族が亡くなった場合は													
欄	** 死亡診断書・埋葬許可証などの写しを添付してください。													
	事業				-									

## 【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)

		. /		
D114	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)		受付日付印	1
	※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			