健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・付加金支給申請書

※消えないボールペンでご記入ください。
□ 事業主を経由して本申請書を提出することに同意します。

申請者情報

被保険者等 記号・番号	記号 1	番号 234	所属事業所 及び部署名	○○○株式会社　○○支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
申請者氏名	フリガナ ケンポ　タロウ 健保　太郎		申請者 生年月日	(昭和)・平成 60 年 3 月 22 日
申請者住所	〒 ○○○－○○○○ 東京都○○区○○町１－１－２　△△マンション２０１号室 電話 090(○○○○)○○○○			
社員番号	○○○○○○		メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp

申請内容

死亡年月日	令和 4年 5月 3日	死亡原因	急性心不全
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	健保　花子	生年月日	(昭和)・平成・令和 60年 4 月 20 日
被保険者との続柄	妻		

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－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－番号	

※被保険者本人名義の口座情報をご記入ください。
※ゆうちょ銀行は記号・番号を口座情報に変換してご記入ください。

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 123
預金種別	(普通)・当座	その他(　)	口座番号 1234567	口座名義(カタカナ)	ケンポ　タロウ

事業主証明欄

被保険者が亡くなった場合は、
この欄に事業主の証明を依頼してください。
証明がもらえない場合および家族が亡くなった場合は
死亡診断書・埋葬許可証などの写しを添付してください。

【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. 被保険者が死亡した場合で代理請求する場合は『保険給付の代理請求について』
4. 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 □ 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。

受付日付印

東和薬品健康保険組合

(2024.11.28)