健康保険　被保険者／家族　埋葬料（費）支給申請書

申請者の記入欄	記号・番号	－		被保険者の氏名	
	事業所名				
	申請者	氏名	生年月日	連絡先電話番号	
			年　月　日	（　　）	
		住所			
		〒　　－			
	死亡した方	氏名	生年月日	申請者との続柄または身分関係	
			年　月　日		
		死亡日	埋葬日（葬儀の年月日）		
		年　月　日	年　月　日		
		第三者の行為によるものですか	死亡原因		
		はい　・　いいえ ※はいの場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。			
	受取方法	【在籍中の方】 会社へ委任してください	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名		
		【退職後の方】 振込先を記入してください（任継者は記入不要。登録口座へ振込）	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通・その他（　　）
			口座番号		(フリガナ) 口座名義	（　　）

※年月日は元号でご記入ください。

記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

事業主の証明欄	上記のとおり相違ないことを証明する。　　年　月　日 事業所の所在地 名　称 事業主氏名　　電話　（　　）

【添付書類】

●埋火葬許可証または死亡診断書の写しを添付してください（事業主の証明がある場合は不要）。

●亡くなった被保険者と生計維持関係のない家族や家族以外の方が埋葬を行い「埋葬費」を請求する場合は、埋葬にかかった費用の領収書の原本または亡くなった被保険者と請求者の続柄が確認できる書類（住民票や戸籍等の写し）を添付してください。

R7.4 三井健康保険組合