

常務理事	事務長	係	係

支給決定欄	支給額	円	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日
	支払日	令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日

健康保険 被保険者 埋葬料(費)申請書

注) 1. 死亡診断書、埋葬許可証等、死亡を証明する書類を添付してください。
 2. 1の証明書類がない場合は、事業主に事業主証明欄の記載をもらってください。

申請者が記入するところ	保険証 記号・番号	被保険者 氏名		生年 月日	昭和・平成 年 月 日		
	死亡した 年 月 日	令和 年 月 日			死亡原因(病名)		
	死亡した原因は交通事故などの第三者行為によるものですか				はい ・ いいえ		
	申請者の氏名		被保険者との続柄				
	埋葬した年月日		令和 年 月 日		埋葬に要した費用		円
	申請者の方の振り込み 希望口座		金融機関名		支店名		支店コード
			預金種目	普通・当座	口座番号	口座名義(カタカナ)	
	申請者の連絡先		()		備考		
	上記のとおり申請します。						
	令和 年 月 日				申請者の住所		
				申請者の氏名		印	

■必ず署名・捺印してください

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。						令和 年 月 日
	事業所在地						
	事業所名称						
	事業主氏名						印