常務理事	事務長	係	係

<記入例>

和・平成・令和
年 月 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	10 - 1234	被保険者氏名	健保 太郎		生年 月日	昭和・平成 〇〇年 1 月 1 日		
	死亡した年月日	令和 〇年 〇月 〇〇日		死亡原因(病名)	〇〇癌				
	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	・ <u>いいえ</u>			
	申請者の氏名	健保 花子		被保険者との続柄	妻				
	埋葬した年月日	令和 〇年 〇〇月 〇日		埋葬に要した費用	1,000,000 円				
	申請者の方の振り込み希望口座	金融機関名	△△銀行		支店名	◇◇◇	支店コード	1 1 1	
		預金種目	<u>普通</u> 当座	口座番号	123456		口座名義(カタカナ) ケンポ ハナコ		
	申請者の連絡先	090 (1234) 5678		備考					
	上記のとおり申請します。				申請者の住所	東京都港区〇〇1-2-3			
	令和 〇年 〇月 〇〇日				申請者の氏名	健保 花子			

■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	死亡日の分かる書類の提出が出来ない場合のみ、 事業主に記載してもらってください。