

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 被扶養者 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。

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		
	死亡した扶養者の氏名				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者 との続柄		
	死亡年月日		令和 年 月 日		死亡した原因(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				
	* 退職予定の方は、 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。 申請者の住所 令和 年 月 日 申請者の氏名									

2022.04