

支給決定欄	<記入例>				常務理事	事務長	係	係
					令和・平成・令和 年 月 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	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		
	死亡した扶養者の氏名	健保 花子		生年月日	昭和・平成・令和 〇〇 年 2 月 2 日		被保険者 との続柄	妻	
	死亡年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		死亡した原因(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 ・ いいえ			
	申請者の方の振り込み 希望口座	金融機関名	退職予定の方はご記入ください。 在職者の方は事業主経由で給与口座にお振り込みいたします。 任意継続の方は健保にご登録の口座へお振り込みいたします。						
	申請者の連絡先	090 (1234) 5678			備考				
	上記のとおり申請します。								
令和 〇 年 〇 月 〇〇 日			申請者の住所		東京都港区〇〇1-2-3				
			申請者の氏名		健保 太郎				