

健康保険 被保険者 埋葬料・同付加金(埋葬費)申請書

年 月 日提出

○記入の方法は裏面を参照してください

被保険者または申請者が記入するところ	① 被保険者等の記号・番号		記号		② (申請者) 氏名			
	③ 被保険者の生年月日		昭和 平成		年 月 日		④ 事業所名	
	⑤ 被保険者(申請者)の現住所		〒		電話(日中の連絡先)		()	
	⑥ 死亡年月日		令和		年 月 日		⑦ 死亡原因	
					(必ず記入してください)		⑧ 業務上のものでしょうか 第三者によるものですか	
							はい いいえ はい いいえ	
	⑨ 被保険者が死亡した際の申請の場合は、その方の		氏名		申請者との 身分関係			
			埋葬した年月日		令和		年 月 日	
					埋葬に要した 費用の額		円	
	⑩ 被扶養者が死亡した際の申請の場合は、その方の		氏名		生年月日		昭和 平成 令和	
				年 月 日		被保険者 との続柄		
⑪		以下のいずれかに該当する場合、右欄に記入してください		保 険 者		名 称		
						電 話		
						()		
		ア、資格喪失後、家族の被扶養者となったときはその被保険者等の		記号・番号		-		
		イ、被扶養者が以前被保険者であったときは、その当時の被保険者等の		被保険者氏名				

事業主が証明するところ	⑫ 死亡した方の氏名		⑬ 死亡した方		被保険者		被扶養者	
	⑭ 死亡した年月日		令和		年		月 日	
	⑮		うえのとおり相違ないことを証明します。		令和		年 月 日	
		事業所所在地		電話		()		
		事業所名						
		事業主名						

⑯ 振込口座	金融機関コード	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所
	口座名義 (カタカナで記入)	預金種別	支店番号	口座番号
		普通 当座		

*被保険者(申請者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

⑰ 委任状	被保険者(申請者)		本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和		年 月 日	
	住所		〒					
	氏名				印			
	受領代理人		住所		〒			
			氏名				印 (被保険者の印と別の印を押してください)	
			委任者と代理人との関係		電話		()	
				(日中の連絡先)				

東京金属事業健康保険組合
受付日付印