

健康保険
被保険者
家族

埋葬料(費)・埋葬料付加金支給申請書

(注意事項)

3 2 1
(費用の内訳として品名、数量、単価および金額を明記してください。)

7 6 5 4
(被保険者の受領を代理人に委任する場合は、必ず健康保険組合に連絡してください。)

10
(死亡の原因が交通事故や第三者の行為等によるものであるときは、必ず健康保険組合に連絡してください。)

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 載 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	記号・番号がわからない場合は被保険者のマイナンバーを記載してください。				
	② 被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ)		③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	④ 被保険者 (申請者) の住所	〒 _____ TEL: ()						
	⑤ 事業所名							
	⑥ 死亡した方の	㉞ 死亡年月日		① 死亡原因		㉞ 第三者の行為であるか		
		令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	⑦ 被保険者が死亡したときの申請であるとき							
	㉞ 被保険者氏名			① 被保険者からみた 申請者との身分関係				
	㉞ 埋葬した 年 月 日		令和 年 月 日	㉞ 埋葬に要した 費用の額		円		
	㉞ 亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。					<input type="checkbox"/> は い		
1.資格喪失後、3 か月以内に亡くなられたとき								
2.資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき					<input type="checkbox"/> いいえ			
3.資格喪失後、2.の受給終了後、3 か月以内に亡くなられたとき								
【はい】の場合			保険者名					
資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記載してください。			記号・番号					
⑧ 被扶養者が死亡したときの申請であるとき								
㉞ 被扶養者氏名			① 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	㉞ 被保険者 との続柄			
㉞ 亡くなられた被扶養者は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。					<input type="checkbox"/> は い			
1.資格喪失後、3 か月以内に亡くなられたとき								
2.資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき					<input type="checkbox"/> いいえ			
3.資格喪失後、2.の受給終了後、3 か月以内に亡くなられたとき								
【はい】の場合			保険者名					
被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記載してください。			記号・番号					

事 業 主 証 明 欄	死亡した方の	㉞ 氏名	① 被保険者・被扶養者の別	㉞ 死亡年月日
			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	令和 年 月 日
	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 事業所名称 事業主氏名		TEL: ()	

委 任 状	私は下記のものを代理人と定め、給付金の受領を委任します。			令和 年 月 日
	本人	住所 氏名	②	
	代理人	住所 氏名	②	

振込希望の金融機関（資格喪失後の申請者のみ）			
銀行・金庫 信組・農協	本店 支店	預金 種目	普通 口座 当座
フリガナ			
口座名義			

東京都金属プレス工業健康保険組合

令和 年 月 日提出

受付日付印