

保険給付費支給決定並支払伺						起案
総支給金額	金	円	取得	喪失		
本人死亡	法定	金	円	家族死亡	法定	金
	付加	金			円	付加
					標準報酬	月額

**健康保険 被保険者埋葬料(費) 付加金 支給申請書**  
**家族埋葬料 付加金**

死亡について事業主の証明が受けられない場合、または任意継続被保険者が申請する場合は、死亡診断書(死体検案書)写し、若しくは、埋(火)葬許可証写しを添付してください。  
 埋葬費の申請の場合は、埋(火)葬に要した費用の領収書原本(申請者の氏名が記載されたもの)、及び費用の明細書写しを添付してください。

被保険者(申請者)が記入するところ	被保険者証記号番号	記号	番号	被保険者(申請者)氏名	印				
	被保険者(申請者)住所	〒 TEL							
	死亡した年月日	平成	年	月	日	死亡原因			
	第三者の行為によるものですか	いいえ はい :「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください							
	<b>被保険者が死亡したための申請であるとき</b>								
	被保険者氏名	死亡した被保険者と申請者の身分関係							
	埋葬年月日	平成	年	月	日	埋葬に要した費用 金 円			
	亡くなられた方が、退職等により愛知県情報サービス産業健保組合の資格喪失後3ヶ月以内の請求で、資格喪失後に家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の保険者名・電話番号・記号番号を記入してください								
	保険者名(健保組合名)	TEL			記号番号				
	<b>被扶養者が死亡したための申請であるとき</b>								
被扶養者氏名	生年月日	昭和	年	月	日				
		平成			続柄				
亡くなられた方が、退職等により愛知県情報サービス産業健保組合の資格認定後3ヶ月以内の請求で、資格認定前に自身で健康保険に加入していたときは、その被保険者証の保険者名・電話番号・記号番号を記入してください									
保険者名(健保組合名)	TEL			記号番号					
<b>亡くなられた方が、介護保険法のサービスを受けていたとき</b>									
市町村番号	受給者番号	発行機関名							
委任状	本申請書にもとづく給付金の受領を下記の者に委任します。								
	平成	年	月	日	被保険者氏名及び印				
	委任された者の事業所所在地 事業所名称 代表者氏名及び印				印				
事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成	年	月	日	死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。					平成	年	月	日
<b>被保険者死亡による請求のときに記入するところ</b>									
振込希望の銀行名			本・支店名	金種別	口座番号	口座名義人			
				1.普通 2.当座		フリガナ			