

保険給付費支給決定並支払伺					記入例	起案	
総支給金額	金	円	取得	・			
本人死亡	法定	金	円	家族死亡		法定	金

健康保険 被保険者 埋葬料（費）支給申請書

家 族

※ ※ 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者の氏名が記載されたもの、及び費用の明細書（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（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。

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	1000	番号	00	被保険者(申請者)氏名及び印	健保 一郎	同一印で捺印してください		
	被保険者(申請者)住所	〒 460-0000 名古屋市中区00 ×-×-× TEL 052 - 000 - 000								
	死亡した年月日	平成	29年	4月	1日	死亡原因	急性心不全			
	第三者の行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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								
	●被保険者が死亡したための申請であるとき									
	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ヶ月以内の申請で、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				
	●被扶養者が死亡したための申請であるとき									
被扶養者氏名	健保 花子	生年月日	昭和	55年	3月	3日	続柄	妻		
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ヶ月以内の申請で、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					
●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										
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	29年	4月	12日	被保険者氏名及び印	健保 一郎	①			
	委任された者の		事業所所在地		名古屋市中区00 1-1-1					
	事業所名称		情報サービス株式会社		之代表者印					
	代表者氏名及び印		情報 太郎		之代表者印					
事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	健保 花子	死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成	29年	4月	1日	死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。平成 29年 4月 12日									
	事業所所在地		名古屋市中区00 1-1-1		事業所名称		情報サービス株式会社		之代表者印	
	代表者氏名及び印		情報 太郎		之代表者印		之代表者印			
被保険者死亡による申請のときに記入するところ										
振込希望の銀行名			本・支店名		口座種別	口座番号		口座名義人		
②					1.普通			フリガナ		
					2.当座					
備考欄										

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

- ① 被保険者が家族埋葬料申請時に在職中のときは、埋葬料は事業所振込になりますので、事業所所在地・名称・代表者氏名の記入及び代表者印の捺印をお願いします。
- ② 被保険者が死亡のときは、申請者が振込を希望する銀行口座を記入してください。