

健康保険被保険者家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	歳
	被保険者の(右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒	-)	都	道	府
電話番号(日中の連絡先)	TEL	()				

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事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和	年	月	日
	氏名					

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他() 本所 支所			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	右づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			

申請内容	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
	死亡した方の 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「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。
	●家族(被扶養者)が死亡したときの申請		
	ご家族の氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者との続柄
●被保険者が死亡したときの申請			
被保険者の氏名	被保険者からみた申請者との身分関係		

受付日付印



健康保険被保険者家族埋葬料(費)支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者の(右づめ)	11	123456	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	45	525	55 歳
				<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎				
住所	(〒 ○○○ - ○○○○)	△△ 都府県 △△市△△番△△号 △△△マンション601					
電話番号(日中の連絡先)	TEL 070 (0000) 1111						

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事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和 7 年 9 月 7 日
	氏名	健保 太郎	

振込先指定口座	金融機関名称	○○○	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	123456 右づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) ケンポ°タロウ		

申請内容	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか		
	死亡した方の 令和 7 年 7 月 11 日	胃癌	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「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。		
	●家族(被扶養者)が死亡したときの申請				
	ご家族の氏名	健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 45 年 11 月 11 日	被保険者との続柄
●被保険者が死亡したときの申請					
被保険者の氏名	被保険者からみた申請者との身分関係				

受付日付印