

健康 保 險 組 合 記 入 欄	受付	常務	事務長	管理M	給付M	担当者	特記事項	
	被保険者 資格取得日	昭平令	年	月	日			
	死亡者の 資格取得日	昭平令	年	月	日	死亡者の 資格喪失日	鋪 年 月 日	
	支給決議金額					円		

健康保険 埋葬料（費）支給申請書

被 保 險 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	①記入日	令和	年	月	日	②事業所名	
	③記号		④番号			⑤被保険者氏名	
	⑥申請者の氏名					⑦申請者の連絡 先電話番号	
	⑧申請者の住所	※ 被保険者が死亡の場合は申請者の住所を記入する。 〒					
	⑨申請者の続柄	申請者（私）は、 <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被保険者の（ ） です。					
	⑩死亡者の氏名		⑪死亡日	令和	年	月	日
	⑫死亡原因						
	⑬死亡した直接 の原因が負傷に よる場合	通勤途中の負傷が原因ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		※「はい」にチェックがある場合、事業所の担当者の方は申請の可否について健康保険組合までお問い合わせください。	
		工作中的の負傷が原因ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
		第三者行為による負傷が原因ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
交通事故による負傷が原因ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
⑭委任状	※ 被保険者が死亡の場合は申請者の氏名を記入する。 この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。 被保険者又は申請者氏名						
⑮申請者の振込 先銀行口座	銀行名		支店名		口座番号		
	口座名義（フリガナ） （漢字）						

※ ⑨、⑬の口は該当する方に✓を入れる。 ⑨の（ ）には続柄を記入する。

事 業 主 記 入 欄	上記のとおり相違ありません。（所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。）									
	事業主	令和						年	月	日
	所在地:									
	名 称:									
	氏 名:							電話番号:		