

健康保険 被保険者 被扶養者 埋葬料(費) 付加金支給申請書

本人（被保険者）が
亡くなった場合

【申請者情報】					
①被保険者証の記号・番号			②申請者の氏名		
記号	111	番号	11111	健保 一郎	
			③申請者の生年月日		
			昭和24 年 1 月 1 日		
④申請者の住所		〒 140-1111 東京都品川区品川△ー△ー△ 品川マンション101号			
⑤日中連絡の取れる電話番号		090-1111-0000		⑥メールアドレス	
				kenpoichirou@gmail.comcom	
【申請内容】					
⑦死亡年月日		⑧死亡原因		⑨ ⑧は工作中、通勤途中、第三者の行為によるものですか	
令和 5 年 10 月 1 日		肺炎		はい ・ いいえ →「はい」の場合は健康保険組合までご連絡ください。	
●家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき					
⑩被扶養者氏名		⑪生年月日		⑫被保険者との続柄	
		年 月 日			
●被保険者が死亡したための申請であるとき					
⑬被保険者氏名		⑭被保険者からみた申請者との身分関係			
健保 太郎		父			
⑮埋葬した年月日		令和 5 年 10 月 15 日		⑯埋葬に要した費用の額	
				500,000 円	
【給付金受取先】					
⑰ ☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用しない場合は下記の欄にご記入ください。） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
⑱金融機関名		⑲支店名		⑳口座番号（7ケタ）	
三菱UFJ銀行		五反田支店		普通 0123456	
				㉑口座名義（カナ）	
				ケンポ イチロウ	
給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、下記の委任状にご記入ください。					
㉒委任状	私は代理人に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日				
	住所				
	被保険者の 氏名				
	代理人の 住所				
氏名					
事業主が証明するところ	㉓死亡した方の氏名		㉔死亡した方		㉕死亡した年月日
			☐ 被保険者 ☐ 被扶養者		令和 年 月 日
	㉖上記の通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 ()				

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

支給印

受付印

――健康保険組合使用欄――

資格取得日	年 月 日
資格喪失日	年 月 日
埋葬料 ・ 埋葬費	円
埋葬料 ・ 埋葬費 付加金	円
支給額	円