健康保険　被保険者・家族　埋葬料（費）支給申請書

被保険者（請求者）が記入するところ

被保険者等記号-番号 または個人番号	―	被保険者資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者資格喪失日 （喪失後の場合）	平成 令和	年	月	日
被保険者（請求者）氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ			被保険者（請求者）の生年月日				被保険者と請求者の続柄			
				昭和 平成 令和	年	月	日	本人ではない場合 本人（　　）			
被保険者（請求者）住所	〒 電話　　（　　）										
所属部署名及び電話	電話　　（　　）										
死亡した方の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ			死亡した方の生年月日				被保険者との続柄			
				昭和 平成 令和	年	月	日	第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ		
死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡原因						
被保険者が死亡したための請求である場合	埋葬した年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用	円				

【添付書類】

①被扶養者の死亡のための請求であるときは、「事業主の下記証明欄の記入」または「火葬許可証・埋葬許可証・死亡診断書・死体検案書のうちいずれか１点(の写し)」を添付してください。

②被保険者の死亡のための請求で、請求者が被扶養者の場合は①と同じものを添付してください。

③被保険者の死亡のための請求で、請求者が被扶養者ではない場合、

1. 生計維持関係があった場合は、①のほかに、「被保険者の世帯全体の住民票」または「送金証明(生計維持関係のわかる書類)」を添付してください。
2. 生計維持関係にあった家族がいない場合は、①のほかに、埋葬に要した費用の「領収書」と「明細書(費用内訳として品目・単価・数量・金額が明記されているもの)」を添付してください。

事業主の証明するところ

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

事業主
所在地　〒
名称
氏名
電話

※被保険者以外の方が請求する場合、または1か月以内に給与口座を変更した被保険者は、下記に金融機関口座をご記入ください。

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

支払金融機関

銀行　信用金庫　信用組合　　本店　支店

支店番号	普通・当座	口座番号（右づめ）

名義人(カナ)

マルハン健康保険組合