

健康保険 被保険者・家族 埋葬料（費）支給申請書

*個人番号で申請する場合は、個人番号および本人確認のための添付書類が必要です。（マイナンバーカードもしくは通知カードのコピーと運転免許証のコピーもしくは住民票原本）

請求者が記入するところ	被保険者証の記号番号または個人番号	—			被保険者資格取得日	平成	年	月	日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成	年	月	日	
	被保険者氏名	フリガナ			Ⓜ	生年月日		昭和・平成 年 月 日							
	所属部署名及び電話	電話 ()													
	死亡した者の氏名	フリガナ			Ⓜ	生年月日		昭和・平成 年 月 日							
	被保険者との続柄					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	平成	年	月	日	死亡原因									
	上記のとおり請求します。														
	請求者住所	〒			請求者氏名		フリガナ								
		電話 ()													
	被保険者との続柄				(備考)										
被保険者死亡の場合で被扶養者でない者が請求する場合	埋葬した年月日	平成	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」、又は、「火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか1点（写）」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②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」か「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) 生計維持関係のあった家族がない場合は、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。

事業主の証明する欄	上記のとおり相違ないことを証明します。														
												平成	年	月	日
	所在地														
	事業主 名称														
	氏名 Ⓜ														
電話															

平成 年 月 日提出

受付日付印

※被保険者以外の方が請求する場合または1ヶ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下さい。

支払金融機関	銀行 本店												
	信用金庫 支店												
	信用組合												
	支店番号	口座番号(右づめ)											
	普通・当座												
名義人(フリガナ)													

マルハン健康保険組合