

埋葬料（費）支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ) (印)					
	住所						
	電話番号 (日中の連絡先)	〒	-	都	道		
		TEL	()	府	県		

申 請 内 容	死亡年月日	死亡した方の	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	第三者の行為によるものですか <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。	
	死亡原因							
	●家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき	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	
	亡くなられた家族は、退職などにより健康保険の資格喪失後に扶養者の認定を受けた方であって、次のいずれかに当てはまる人ですか？							<input type="checkbox"/> 1 はい <input type="checkbox"/> 2 いいえ
	① 資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき							
	② 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき							
	③ 資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき							
	「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。	保険者名						
		記号・番号						
	●被保険者が死亡したための申請であるとき	被保険者の氏名	被保険者からみた申請者との身分関係					
埋葬した年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日				
亡くなられた家族は、退職などにより健康保険の資格喪失後に扶養者の認定を受けた方であって、次のいずれかに当てはまる人ですか？							<input type="checkbox"/> 1 はい <input type="checkbox"/> 2 いいえ	
① 資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき								
② 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき								
③ 資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき								
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。	保険者名							
	記号・番号							

※被保険者が死亡した場合には以下記入不要です。別紙「権利承継届」記載口座にお振り込みします。

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下記の代理人に委任します。					令和	年	月	日
	氏名・印							(印)	住所「被保険者情報」と同じ	
	代理人 (事業主証明欄)	〒	-	TEL	()					
	住所									
	氏名・印							(印)		