

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

申請者が被保険者の生前その者によって生計を維持していた事実がない場合は、埋葬費となりますから、⑧欄に費用を立証する領収書類葬具代、供物代、霊柩車代、火葬代、お布施等を添付してください。

死亡証明は、事業主・医師若しくは市町村長の証明にかえて、死亡診断書の写、埋葬許可証の写等の添付でもかまいません。

死亡が第三者の行為によるものであるときは、⑨欄にその具体的状況を記入するとともに、所定の「第三者の行為による死亡届」を提出してください。また、死亡が病死、自然死以外の場合にも原因を備考欄に具体的に記入してください。

①被保険者(申請者)の氏名と印		②住所		電話 ()	
③健康保険被保険者証の	記号	④事業所	名 称		
	番号		所在地		
⑤死亡した年月日		令和 年 月 日		⑥死亡原因	
被扶養者が死亡した為の申請であるときは、その者の		⑦被扶養者の氏名	⑧生年月日	昭・平・令 年 月 日	⑨続柄
被保険者が死亡した為の申請であるときは、その者の		⑩被保険者の氏名	⑪被保険者と申請者の関係		
⑫埋葬した年月日		令和 年 月 日		⑬埋葬に要した費用の額 円	
⑭死亡が第三者の行為によるものであるときは、その事実、第三者の住所氏名（不詳であるときはその旨）					
資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の			被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の		
保険者番号		保険者名		記号	番号

死亡に関する医師若しくは市町村長の証明	死亡者の氏名	性別		男 ・ 女	年齢	満 歳	
	死亡年月日時分	令和 年 月 日 時 分			死亡原因		
	死亡の種類	1 病死及び自然死 2 外因死()		死亡場所	1 病院 2 診療所 3 自宅 4 その他		
	上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日 証明者住所職氏名						

事業主の証明	上記の者 令和 年 月 日死亡したことを証明します	
	令和 年 月 日	事業主 住 所 氏 名

委任欄	本請求書の給付の受領を右の者に委任します	事業所名	
	委任者氏名(被保険者)	氏 名	

振込先	☐ マイナポータル等で事前登録した 公金口座を利用します。 (利用する場合は☑、利用しない場合は 右記振込先をご記入ください。)	銀行 本店 信用金庫 支店 農協	
		名義人(カタカナ)	
		預金種別	普通 ・ 当座
		口座番号	

製紙工業健康保険組合

令和 年 月 日提出
受付日付印