

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 埋葬料付加金申請書

(注意事項)

申請者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号			② 被保険者(申請者)の氏名と印			③				
	④ 被保険者(申請者)の現住所			☎ - -							
	⑤ 被保険者の勤務していた又は勤務する事業所の			⑦ 名称			⑧ 所在地				
	⑥ 死亡した年月日			平成 年 月 日			⑦ 死亡した原因				
	⑧ 被保険者が死亡したための申請であるときはその者の										
	⑦ 氏名			⑧ 埋葬した年月日			⑨ 埋葬に要した費用			金 円 (別紙証拠書のとおり)	
	⑩ 死亡した被保険者と申請者との身分関係										
	⑨ 被扶養者が死亡したための申請であるときはその者の										
	⑦ 氏名			⑧ 生年月日			明治 大正 昭和 平成 年 月 日生			⑨ 被保険者の続柄	
	⑩ 老人保健法の療を受けるとき			市町村番号			受給者番号			発行機関名	
	⑪ 介護保険法のサービスを受けていたとき			市町村番号			受給者番号			発行機関名	
	⑫ 死亡が第三者の行為による場合			氏名			住所			(不詳であるときはその旨) 事故の状況	

事業主が証明するところ	⑬ 死亡した者の氏名			⑭ 被保険者(家族)の別			被保険者・家族			
	死亡した年月日			平成 年 月 日			死亡			
	うえのとおり相違ないことを証明します。						平成 年 月 日			
⑮ 住所			事業主			⑰			⑱	
⑯ 氏名			☎ - -							

受取代理人の欄	⑱ 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日					
	被保険者住所			_____		
	(申請者) 氏名			_____ ⑲		
	代理人住所			_____		
(実際に給付金を受領する者) 氏名			_____ ⑲			
委任者と代理人との関係 _____						

振込金融機関の欄	⑲ 銀行名 _____ 支店 _____					
	口座番号 _____					
	フリガナ _____ 口座名義 _____					
銀行 信用金庫 信用組合						
預金種別						
1. 普通						
2. 当座						

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印	_____	⑲
--------------------	-------	---

(イ) ①は健康保険の被保険者証に書いてあります。標題の「被保険者」と「家族」の別、および⑨の①は該当する文字を丸でかこんでください。

(ウ) 死亡した被保険者に被扶養者がなく、他の者が埋葬を行なった場合は前二項の注意のほかに標題の「料」の文字を抹消し、⑧の①と②の欄を必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳として品目、数量、単価および金額を明記してあることが必要です)を添えてください。

(エ) 事業主の証明がとれないときは、次の書類を添付してください。「死亡診断書」「死体検案書」「検視調書」の写、又は市区町村長の「埋(火)葬許可書」の写。

(オ) 死亡が第三者の行為によるものときは、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

(カ) 給付金の受領を他人に委任する場合は、⑱の欄に、また銀行振込による給付金の支払を希望する場合は、⑲の欄内に記入してください。

(キ) 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。被保険者申請者以外の方が受取る場合には、委任者及受取代理人の押印が必要です。

(ク) 被保険者以外の方の押印は、省略することができます。