

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 000	番号 000000	記号番号が分らない場合はマイナンバーを記入してください								
	被保険者氏名	フリガナ ミツビシ タロウ 三菱 太郎			生年月日	昭・平・令 00 年 00 月 00 日						
	住 所 電話番号	(〒 000 - 0000) 00県00市00町1 - 1			電話番号 : 000 (000) 0000							
	事業所名称	0000株式会社00工場										
	死亡した方の	氏名	三菱 梅子			被保険者との続柄	母					
申請内容		死亡年月日			死亡原因			第三者の行為によるものですか				
		令 00 年 00 月 00 日			心筋梗塞			□はい ・ ☒ いいえ				
	埋葬した年月日	令 00 年 00 月 ×× 日			埋葬に要した 費用の額	円						
	●以下に該当する場合は記入してください											
	被保険者が死亡したとき ⇒ 当組合の資格喪失後、家族の扶養となり3ヶ月以内に死亡した場合、加入している保険者の 被扶養者が死亡したとき ⇒ 当組合の被扶養者認定を受け3ヶ月以内に死亡した場合、認定前に加入していた保険者の											
事業主が証明する欄	保険者名			記号・番号			被保険者氏名					
	死亡した 方の氏名				死亡した方	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	死亡した 年月日	年 月 日死亡				
	上記のとおり相違ないことを証明します。											令和 年 月 日
	事業所住所 事業所名称 事業主氏名 電話番号 : ()											
振込先	金融機関名	00 銀行 金庫 農協・信組			預金種別	普通 ・ 当座						
		00 本店・支店・出張所			口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0						
	口座名義 (カタカナ)	ミツビシ タロウ ※上記被保険者(被保険者死亡の時は申請者)と同じ名義の口座を記入してください。										
	公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入してください) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。										
上記のとおり申請します。												
00 年 00 月 00 日												
申請者の 住所 〒 000 0000 00県00市00町1 - 1 氏名 (自署) 三菱 太郎												
電話番号 : 000 (000) 0000 被保険者との関係 (本人)												

受付年月日