

健康保険 被保険者 埋葬料（費）支給申請書  
被扶養者

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	提出日	年	月	日					
	被保険者等の記号・番号				被保険者氏名	(フリガナ)			
	被保険者の生年月日				被保険者の住所				
	年 月 日				〒				
					電話 ( ) -				
	死亡年月日		死亡原因		埋葬した年月日		第三者行為によるものですか		
	年 月 日				年 月 日		0 : いいえ 1 : はい		
	● 被扶養者が死亡したための申請であるとき								
	被扶養者の氏名			生年月日		被保険者との続柄			
(フリガナ)			年 月 日						
● 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 請求者との関係		埋葬に要した費用の額				
(フリガナ)					※生計維持関係のない方が申請される場合のみ記入 円				
上記のとおり申請します。									
年 月 日 (申請者) 住所 _____ 黒崎播磨健康保険組合 理事長殿 氏名 _____									
受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業主)に委任します。								
	年 月 日 被保険者氏名 _____ 代理人所在地 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号 名称 黒崎播磨株式会社 代表取締役社長 江川 和宏 _____ ※受取方法：給与振込(給与振込の場合、事業主が代理人となります)								
事 業 主 の 証 明	上記の通り相違ないことを証明します。								
	年 月 日 事業主所在地 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号 名称 黒崎播磨株式会社 代表取締役社長 江川 和宏 _____								

※ 太枠内を記入してください。

※ 添付資料：「死亡診断書」または「埋葬許可証」の写しを添付して下さい。

埋葬費の場合は、埋葬にかかった費用の領収書原本も添付して下さい。

黒崎播磨健康保険組合(208) 2024.12

支払印