

記入例

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	2024 年 12 月 02 日						
	被保険者等の記号・番号		被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ				
	1	3		9	9	9	9	9
	被保険者の生年月日		被保険者の住所					
	1970 年 10 月 1 日		〒 806-0002 福岡県北九州市八幡西区東浜町1-1 電 話 (999) 9999 - 9999					
	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				
	2024 年 11 月 15 日	胃がん	2024 年 11 月 18 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) ケンボ ハナコ 健保 花子		1975 年 10 月 01 日	妻				
● 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。								
2024年 12 月 2 日		(申請者)	住所	福岡県北九州市八幡西区東浜町1-1				
黒崎播磨健康保険組合 理事長殿			氏名	健保 太郎				
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。							
	2024年 12 月 2 日							
	被保険者氏名		健保 太郎					
	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。

黒崎播磨健康保険組合(208-1) 2024.12

※ 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。

支払印