

健康保険 被保険者 埋葬料(費)及び付加金支給申請書

玩具人形健康保険組合

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください			
	氏名	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	住所	〒 ー 都・道府・県			電話番号(日中の連絡先)	()	
	事業所名称				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)	

▶ 被保険者が亡くなられた場合であっても、「被保険者等記号・番号」「生年月日」「事業所名称」は被保険者の情報をご記入ください。
 ▶ 「氏名」「住所」「電話番号」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

申請内容	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因	はい・いいえ
	亡くなられた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 ▶ ①へ <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ▶ ②へ		第三者行為によるものですか 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。
	① 被保険者	被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬した年月日	令和 年 月 日
	② 家族	その方の氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日

事業主証明欄	亡くなられた方の氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日
	所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名	TEL	()	

◎被保険者が在籍している場合

委任状	被保険者(申請者)	住所	氏名	本申請に基づく給付金に関する受領を事業所の保険給付金受領代理人に委任します。	令和 年 月 日
-----	-----------	----	----	--	----------

◎被保険者以外の者が請求する場合または、被保険者が退職している場合

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()
	預金種別	普通・当座・その他()
	口座番号	
	口座名義(カタカナで記入)	

受付日付印

確認欄	<input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	---

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

添付書類	被保険者が死亡し、請求者が健保組合に扶養認定されていない配偶者及びそれ以外の請求(親・子など) ※申請書・戸籍謄本(原本)・遺族支給申請書・権利承継届・埋葬等に要した費用の領収書及び明細書(原本)が必要となります。
	※事業主の証明が受けられない場合や、任意継続被保険者がお亡くなりになった場合は、 ①～④のいずれかの書類を添付してください。 ①死亡診断書、死体検案書または検視調書の写し ②埋葬許可証または火葬許可証の写し ③亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本 ④住民票の除票(原本)

◎被保険者が死亡し、請求者が健保組合に認定されている配偶者の場合は申請書のみ
 ◎被扶養者が死亡した場合(健保組合に認定されている被扶養者のみ)申請書のみ