

※記入例をみて
作成して下さい

健康保険

被保険者
家族

埋葬料（費）・付加金支給申請書

被 保 険 者 (申 請 者) 記 載 欄	① 被保険者証	記号		② 氏名		③ 生年 月日	昭和 平成	年	月	日				
		番号												
	④ 住所	〒 携帯電話					⑤ 部 署名							
	⑥ 死亡した方 の氏名			続 柄		⑦ 生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
	⑧ 死亡した日	令和	年	月	日	⑨ 死亡 原因								
	⑩ 埋葬した日	令和	年	月	日	⑪ ⑨は負傷によるものですか いいえ ・ はい	⑫ 第三者行為によるものですか いいえ ・ はい							
	上記のとおり申請します。										令和	年	月	日
	住所 〒													
	被保険者 (申請者) 氏名													
	携帯電話													
ヒロセ電機健康保険組合 理事長 殿														
⑬ 確認欄	<input type="checkbox"/> この届出は申請者本人が作成したものであり、記載内容に誤りがない事を確認しています。													

※押印は要りませんが、チェックをしてください。

事 業 主 記 載 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。										令和	年	月	日
	事業所所在地													
	事業所名称													
	事業主氏名													
	電話													

支 払 先	銀行				店名				本店							
	口座番号				口座名義 (カタカナ)				支店							
普通・当座																

※振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。

被保険者名義人以外の口座へ振込みを希望の場合は、下記の委任状欄の記載が必要となります。

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。)

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。

委 任 状	受領代理人氏名											
	私は上の者を代理人と定め、本請求の給付金受領に関する権限を委任します。											
	被保険者氏名											

受付日印