

健康保険 被保険者 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 1 2 3 番号 4 5 6	② 氏名	健保 太郎		③ 生年月日	昭和 平成	39年 2月 15日	
	④ 住所	〒 123-4567 携帯電話 090-1234-5678 東京都〇〇区□□1-2-3			⑤ 部署名	経理部			
	⑥ 死亡した方の氏名	健保 花子		続柄	妻		⑦ 生年月日	昭和 平成 令和	40年 2月 3日
	⑧ 死亡した日	令和 3年 8月 26日	⑨ 死亡原因	急性心不全					
	⑩ 埋葬した日	令和 3年 8月 29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 3年 9月 24日	
	被保険者 (申請者)		住所 〒 111-1111 東京都品川区〇〇1-1-1 氏名 健保 太郎 携帯電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇						
	ヒロセ電機健康保険組合 理事長 殿		被保険者が亡くなった場合には 申請者の名前と連絡先をご記入ください						
	⑬ 確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> この届出は申請者本人が作成したものであり、							

※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				
	普通・当座	口座番号				口座名義 (カタカナ)				

※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