

支給決定 伺	常務理事	事務長	部長	課長	担当者	伺(決定)年月日			
	標準報酬	(千円)			被・家	支給金額(円)			
	資格取得	S・H・R	年	月		日	埋葬料(費)		
資格喪失	令和	年	月	日		埋葬料(費)付加金			

健康保険 **被保険者** **家族** 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金支給申請書

被保険者(申請者)が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号	50	番号	100	被保険者(申請者)の氏名・印	連合 太郎	
	被保険者(申請者)の現住所	(〒 530 - 0000) 大阪市北区〇〇町 〇-△-□				TEL (06) 1234 - 5678		
	事業所の名称	丸紅〇×〇× 株式会社						
	死亡した者の氏名(続柄)	連合 花子 (妻)			死亡した者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	58年8月1日	
	死亡した年月日	令和 3年3月1日			死亡原因	胃癌		
	・死亡原因は業務上によるものですか				<input checked="" type="checkbox"/> いいえ(業務外) ・ <input type="checkbox"/> はい(業務上)			
	・死亡原因は第三者の行為によるものですか				<input checked="" type="checkbox"/> 0:いいえ ・ <input type="checkbox"/> 1:はい			
<small>(「1:はい」の場合は、第三者の住所及び氏名を記入してください。)</small>								

事業主証明欄	死亡した者の氏名	連合 花子	区分	被保険者・ 被扶養者
	死亡した年月日	令和 3年3月1日	(病死 ・ 変死 ・ 自殺)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 3年3月15日			
	事業所所在地	大阪市北区〇町 〇-〇-〇		
	事業所名称	丸紅〇〇×× 株式会社		
	事業主氏名	山田 〇男		

※ 被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者により生計を維持された人が申請する場合は、住民票(亡くなった方と申請者それぞれ)など、生計維持が確認できる書類を添付してください。

※ 被保険者が亡くなり、被保険者により生計を維持された人がいない場合で、実際に埋葬を行った人が申請する場合は、埋葬に要した領収書(原本)、埋葬に要した費用の明細書(原本)を添付してください。

委任状	
上記保険給付金の受領を事業所担当者に委任する。	健保 〇子
令和 2年3月15日	
被保険者	連合 太郎

受付日付