

埋葬料（費）支給申請書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	保険証の 記号・番号		999 - 9999		事業所名		〇〇〇〇(株)						
	死亡者氏名			健保 友蔵			生年月日			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 25 年 5 月 5 日 <input type="checkbox"/> 令和		被保険者との続柄	実父
	死亡 年月日		令和 4 年 2 月 5 日		死亡 原因		心筋梗塞		第三者の行為によるものですか？ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 「はい」は負傷原因届の添付が必用				
	給付金の受取 方法について		<input checked="" type="checkbox"/> 事業所払いを希望する（事業所経由で給与と併せて支給/支給日：事業所の給与支給日） <input type="checkbox"/> 本人払いを希望する（本人口座に直接支給/支給日：毎月2日、土日祝の場合はその翌日）										
	選択に <input checked="" type="checkbox"/>		銀行・信用金庫				本店・支店						
			他（ ）				他（ ）						
			普通		口座番号				口座名義				
	トッパングループ健康保険組合理事長 殿 上記のとおり請求します。 また、給付金の事業所払い(受取代理)を選択した場合は事業主に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 4 年 3 月 10 日 住所 〒 222-2222 埼玉県〇〇市〇〇2-2-202 氏名 健保 弘志 TEL 222-222-2222												
	●被保険者が死亡したときの申請は以下もご記入ください												
	①申請者が被扶養者の場合												
被扶養者氏名					生年月日			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		続柄			
②申請者が被扶養者以外の同居家族の場合													
申請者氏名					被保険者との続柄		※マイナンバーの記載無しの住民票原本（被保険者と請求者が記載のもの）または、マイナンバー記載無しの請求者の住民票と亡くなった被保険者の住民票の除票添付						
③申請者が上記①②以外の場合													
申請者氏名					被保険者との関係		※埋葬に要した費用（霊柩車代、僧侶への謝礼、火葬料等）の領収書及び明細書の原本（請求者と領収書の宛名が同一であること）添付						
埋葬年月日		令和 年 月 日			埋葬に要した費用の額		円						
					(領収書の金額)								
事 業 主 証 明 欄	死亡者氏名		健保 友蔵		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者		死亡年月日		令和 4 年 2 月 5 日				
	上記のとおり相違ないことを証明します。												
	令和 4 年 3 月 12 日		所在地		東京都〇〇区〇〇3-3-3								
			名称		〇〇株式会社								
		事業主		〇〇三郎									
		TEL		333-333-3333									
※事業主証明が受けられない場合は次のいずれかを添付してください。													
①埋葬許可証の写し、②火葬許可証の写し、③死亡診断書の写し、④死体検案書の写し、⑤検視調書の写し													
⑥亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本、⑦住民票													

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

	事 業 所
	担当者
赤・・・本人記入 青・・・事業所記入	