

健康保険 被保険者 埋葬料（費）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 号 被 記 号 ・ 番 号	-		被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名	(フリガナ)				
	被 保 険 者 (申 請 者) 住 所	〒 - 電話 ()							
	事 業 所	名 称							
		所 在 地							
	死 亡 年 月 日	令和 年 月 日		死 亡 の 原 因			第 三 者 の 行 為 に よ る も の で す か	は い ・ い い え	
	被 保 険 者 死 亡 申 請 書 に 記 載 有 る	被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 か ら み た 申 請 者 と の 身 分 関 係				
	被 扶 養 者 死 亡 申 請 書 に 記 載 有 る	被 扶 養 者 氏 名			生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	被 保 険 者 続 柄		
埋 葬 し た 年 月 日	令和 年 月 日		埋 葬 に 要 し た 費 用					円	
被 保 険 者 名 義 (申 請 者) 受 取 金 融 機 関	銀 行		種 別	普 通 ・ 当 座	7ケタで記入				
	信用金庫 本店				口 座 番 号				
	信用組合 支店								
	農 協								

事 業 主 証 明 欄	死 亡 し た 方 の 氏 名	死亡日		令和 年 月 日			
	上記のとおり相違ないことを証明します。						
	事業所所在地						
	事業所名称						
事業主氏名							
電話 ()							

受 取 代 理 人 の 欄	被 保 険 者 (申 請 者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日					
	代 理 人 (口 座 名 義 人)	氏 名	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ				
		住 所	〒 - 電話 ()				
	氏 名	(フリガナ)					

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

支 払 日 付 印	受 付 日 付 印

- 《注意事項》
- 死亡に関する事業主の証明が得られないときは、埋火葬許可証の写し、死亡診断書、死体検案書、又は、検視調書の写しのいずれか一つを添付して下さい。
 - 死亡した被保険者に被扶養者がなく、それ以外の人が埋葬を行ったときは、埋葬に要した費用の詳細な領収書の写しを添付して下さい。

(千葉県トラック健康保険組合)