# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)申請書

静岡県西部機械工業健康保険組合

## 申請者記入欄

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 死亡された方の別 | 1. 被保険者　2. 家族(被扶養者) | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | 記号 | | 事業所の名称 | |
| | 番号 | | | |
| 申請者の氏名 | ＊被保険者が死亡したための申請のときは申請する方の氏名及び住所を記入する。 | | | |
| 申請者の現住所 | 〒　－　　電話番号(　　)　－ | | | |
| 死亡した年月日 | | 死亡は第三者行為によるものですか。 | | |
| 令和　年　月　日 | | はい ・ いいえ | | |
| 死亡した原因 | | | | |
| 被保険者が死亡したための申請であるとき | 被保険者氏名 | 被保険者からみた申請者との身分関係 | | |
| | 埋葬した年月日 | 令和　年　月　日 | | |
| | 埋葬に要した費用 | 円　(別紙証拠書のとおり) | | |
| 家族が死亡したための申請であるとき | 被扶養者氏名 | 被保険者との続柄 | 生年月日 | |
| | | | 昭和・平成・令和　年　月　日 | |

## 事業主の証明

| | | | |
|---|---|---|---|
| 死亡した方の氏名 | | 被保険者・被扶養者の別 | 死亡年月日 |
| | | 被保険者 ・ 被扶養者 | 令和　年　月　日死亡 |

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

電話番号(　　)　－

被保険者のマイナンバー欄
・被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

## 委任欄

令和　年　月　日

本申請に基づく給付金に関する受領を下記受領代理人に委任します。

委任者(申請者)氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受領代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　年　月　日提出

受付日付印

※被保険者が死亡した場合で、直接給付金を受け取る場合に記入。(委任欄は不要)

## 振込口座記入欄

銀行 / 信用金庫 / 労働金庫 / 農協　　本店 / 支店 / 支所

| | | | |
|---|---|---|---|
| 預金種別 | 1:普通　2:当座 | 口座名義 | ▽カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゛)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) |
| 口座番号 | | | |

支払済印

| | |
|---|---|
| 社会保険労務士の提出代行者の印 | |