

健康保険 埋葬料(費)・埋葬料付加金支給申請書

被 保 険 者										常務理事	事務長	審 査	担 当 者
記 号	番 号	氏 名											
2	8												
住 所										〒 ー			

※該当欄に☑を記入してください。

死 亡 し た 人	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) 資格喪失後	死 亡 し た 人 と の 続 柄	
死 亡 し た 人 の 氏 名		死 亡 年 月 日	令 和 年 月 日
死 亡 原 因		第 三 者 行 為 に よ る も の で す か	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>※「はい」の場合は、第三者行為による傷病届を提出してください。</small>
添 付 書 類	<ul style="list-style-type: none"> ●死亡診断書または市区町村の埋(火)葬許可書のコピー ●続柄が証明できる書類(申請者が被扶養者でない場合) ●申請者の振込口座が確認できる書類 		
申 請 者	上記のとおり申請します。 令 和 年 月 日 申請者氏名 印		

※家族や身近な人がいない場合(実際に埋葬を行った人に埋葬料の範囲内で実費が埋葬費として支給。)

埋 葬 を 行 っ た 年 月 日	令 和 年 月 日	埋 葬 費 用	円
添 付 書 類	<ul style="list-style-type: none"> ●埋葬を行った際にかかった費用の領収書(支払われた方の氏名が記載されているもの) ●埋葬に要した費用の明細書(費用の内訳がわかるもの) 		

※死亡診断書または市区町村の埋(火)葬許可書のコピーが添付できない場合

死 亡 し た 人		死 亡 年 月 日	令 和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。		市 区 町 村 長 所 在 地 事 業 主 の 名 称 医 師 氏 名	印
令 和 年 月 日			

<健保記入欄>

支 給 決 定 日		備 考			
埋 葬 料					
埋 葬 料 付 加 金		支 給 額			