

健康保険

埋葬料(費) 支給申請書
家族埋葬料

◎添付書類については、裏面をご参照いたします。

被 保 者 の 申 請 者 の 記 入 欄	① 被保険者証の 記号・番号		(記号)	(番号)	②事業所名		
	被保険者 (申請者)の		③氏名		(フリガナ)	④住所	
	⑤死亡年月日		令和	年	月	日	⑥死亡原因
	⑦で「ある」と答えた場合 は第三者の		⑧氏名		⑨住所		TEL ()
	⑩ 亡くなった方が介護保険法の サービスを受けていたとき		保 険 者 番 号		被 保 険 者 番 号		保 険 者 名
	⑪被扶養者の死亡による申請の場合						
	被扶養者の		氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	亡くなられた方は、健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を 受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。		はい ・ いいえ		左で「はい」と答えた場合、認定前に加入していた 健康保険の保険者名と記号番号		
	① 資格喪失後、3ヶ月以内の死亡		② 資格喪失後、傷病・出産手当金を受給中の死亡		保 険 者 名		
	③ 資格喪失後、②を受給終了後、3ヶ月以内の死亡		③ 資格喪失後、②を受給終了後、3ヶ月以内の死亡		記 号 番 号		
⑫被保険者の死亡による申請の場合							
被保険者氏名		埋葬年月日		令和 年 月 日			
被保険者からみた請求者 との続柄(身分関係)		埋葬に要した費用		円			
亡くなられた方は、西日本パッケージング健康保険組合の資格 喪失後に他の健康保険の被扶養者となった方で、今回の請求 は次に該当することによる請求ですか。		はい ・ いいえ		左で「はい」と答えた場合、資格喪失後に加入して いた健康保険の保険者名と記号番号			
① 資格喪失後、3ヶ月以内の死亡		② 資格喪失後、傷病・出産手当金を受給中の死亡		保 険 者 名			
③ 資格喪失後、②を受給終了後、3ヶ月以内の死亡		③ 資格喪失後、②を受給終了後、3ヶ月以内の死亡		記 号 番 号			

事 業 主 の 証 明 欄	死亡者の氏名	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する。 令和 年 月 日					
	事業所所在地					
	事業所名称					
事業主氏名						
電話 ()						

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振 込 口 座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他()	(フリガナ)	

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					受付年月日
	委任者との関係 ()					
	令和 年 月 日					
	住所					
被保険者(申請者) 代理人 電話 ()						
氏名					氏名	

被保険者の個人番号記載欄 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)	個人番号																		
---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--