

記入例

支払印

受付印

被保険者

※被保険者が亡くなった場合

家族

埋葬料申請書(支給No. )

被保険者または被保険者であった者記載事項	①被保険者証の記号・番号 <small>(記号)</small> 7001 — <small>(番号)</small> 654322	②所属事業所の名称	そごう 横浜店
	③死亡者の氏名	健保 太郎	④生年月日 昭和・平成・令和 30年 11月 10日生
	⑤死亡年月日	令和 元年 6月 2日	申請者
	⑥被保険者との続柄	本人・妻・子・父・母 祖父母・その他( )	申請年月日 令和 元年 6月 10日
	⑦埋葬を行った日	令和 元年 6月 4日	申請者住所 神戸市神戸町1-2-3
	⑧埋葬に要した費用	100 千円	申請者氏名 健保 花子
	⑨死亡の原因	心不全	死亡者との続柄 妻
	⑩死亡の原因が第三者の行為によるときは、第三者の住所氏名		
	⑪埋葬料等お振り込み先 <small>(本人が死亡された場合ご記入下さい)</small>	横浜 銀行 口座番号(普通・当座) 高島 支店 554421	口座名義人(カナ) ケンポ ハナコ
	上記のとおり申請いたします。 令和 元年 6月 10日 〒651-8000 TEL078-222-3333 請求者の 神戸市神戸町1-2-3 住所氏名 健保 花子 そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		

被保険者が亡くなった場合はこの欄記載不要です

委任状	保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。以下の(1)(2)のいずれかに○をつけてください。	
	令和 年 月 日 E	被保険者の氏名
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人	代理人の住所・氏名
	(2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	

領収書	金 _____ 円を領収いたしました。	令和 年 月 日領収
	ただし、埋葬料として	氏名 健保 花子
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿	

※支給(支出)決定伺	埋葬料	埋葬付加金	合計	※備考	
	<input type="checkbox"/> 被保険者				<input type="checkbox"/> 直接払
	<input type="checkbox"/> 家族	円	円	円	<input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)
	支給決定のうえ支払いしてよろしいか			令和 年 月 日	
	・一般被保険者資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	・ " 期間死亡年月日 令和 年 月 日	□法第 条該当 適用標準報酬月額 _____ 千円	常務理事	
	・任継被保険者資格取得年月日 令和 年 月 日	・ " 期間死亡年月日 令和 年 月 日			

※この申請書には、下記①~④のいずれか1通を添付してください。

- ①埋葬許可証または火葬許可証の写
- ②死亡診断書
- ③死体検案書または検視調書の写
- ④戸籍(除籍)抄本

※遺族がない為知人等が代わって埋葬を行った場合は、埋葬に要した費用の額に関する証拠書類と埋葬費用の領収証(写し)を添付してください。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

被保険者

※被扶養者が亡くなった場合

家族

埋葬料申請書(支給No. )

被保険者または被保険者であった者記載事項	①被保険者証の記号・番号 <small>(記号) (番号)</small>	7001 — 654322	②所属事業所の名称	そごう 横浜店
	③死亡者の氏名	健保 一郎	④生年月日	昭和・平成・令和 30年 11月 10日生
	⑤死亡年月日	令和 元年 6月 2日	申請者	
	⑥被保険者との続柄	本人・妻・ <b>子</b> ・父・母 祖父母・その他( )	申請年月日	令和 元年 6月 10日
	⑦埋葬を行った日	令和 元年 6月 4日	申請者住所	神戸市神戸町1-2-3
	⑧埋葬に要した費用	100 千円	申請者氏名	健保 太郎
	⑨死亡の原因	心不全	死亡者との続柄	親
	⑩死亡の原因が第三者の行為によるときは、第三者の住所氏名			
	⑪埋葬料等お振り込み先 <small>(本人が死亡された場合ご記入下さい)</small>	横浜 銀行 口座番号(普通・当座) 高島 支店 554421	口座名義人(カナ)	ケンポ タロウ
	上記のとおり申請いたします。 令和 元年 6月 10日 〒651-8000 TEL078-222-3333 請求者の 神戸市神戸町1-2-3 氏名 健保 太郎			

申請者は(1)に○をつけてください。  
また、事業主もしくは事業主代理人の  
記名・押印は不要です。  
(2)選択の場合は事前に健保組合へ  
ご相談ください

委任状	保険給付金の受領を下記の者に委任する 令和 元年 6月 10日	被保険者の氏名	健保 太郎
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	代理人の住所・氏名	(2)選択の場合のみ 記入が必要となります。

領収書	金 _____ 円を領収いたしました。 ただし、埋葬料として	令和 年 月 日領収
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿	氏名 健保 太郎

※支給(支出)決定伺	埋葬料	埋葬付加金	合計	※備考			
	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族	円	円	円	<input type="checkbox"/> 直接払 <input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)		
支給決定のうえ支払いしてよろしいか			令和 年 月 日				
・一般被保険者資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 ・ " 期間死亡年月日 令和 年 月 日 ・任継被保険者資格取得年月日 令和 年 月 日 ・ " 期間死亡年月日 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 法第 条該当 適用標準報酬月額 _____ 千円		常務理事				

※この申請書には、下記①～④のいずれか1通を添付してください。  
 ①埋葬許可証または火葬許可証の写 ②死亡診断書  
 ③死体検案書または検視調書の写 ④戸籍(除籍)抄本  
 ※遺族がない為知人等が代わって埋葬を行った場合は、  
 埋葬に要した費用の額に関する証拠書類と埋葬費用の領収証(写し)を添付してください。  
 ※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)