

健康保険  本 人 族 埋葬料(費) 支給申請書

健保事務担当者確認欄

記入例

確認欄 この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。  
 ①申請者本人が作成したものです。(事業主証明欄は除きます。)  
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。

令和 5 年 5 月 31 日 提出

①事業所名称	健保商事株式会社			②被保険者証 記号-番号	100 - 10	
③被保険者情報 (被保険者が亡くなった場合は申請者の情報を記入) (亡くなった方)	氏名	健保 良子	生年月日	昭和・平成 39 年 5 月 2 日	年齢	59 歳
①.被保険者 2. 被扶養者	(〒310-xxxx)		(TEL. 029-xxx-xxxx)			
	水戸市梅香1丁目●●番地●号 □□□マンション101号					
④死亡した被保険者 または被扶養者の情報	氏名	ケンポ イチロウ 健保 一郎	続柄 本人	生年月日	昭和・平成・令和 32 年 7 月 10 日	年齢 65 歳 性別 男(女)
⑤被保険者又は被扶養者の死亡原因(病名)	急性大動脈解離			第三者又は業務災害	該当・不該当	
				死亡年月日	令和 5 年 5 月 15 日	
⑥被保険者が死亡したための申請である場合(被扶養者又は家族が記入する欄)						
被保険者と申請者の 身分関係(続柄)	被扶養者である <input checked="" type="checkbox"/> 該当		埋葬した年月日	令和 5 年 5 月 19 日		
	(続柄: 妻) 不該当		埋葬に要した費用	1,000,000 円		
金融機関名称 及び預金種別	●●● <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 農協		▲▲▲ 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座	(口座番号) ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
(フリガナ) 名義人	(フリガナ)	ケンポ ハナコ			(注) 申請者の希望する振込先を記入して下さい。申請者が被扶養者以外の場合被保険者との身分関係を示す書類が必要となります。(戸籍謄本㉔や住民票㉕)	
	氏名	健保 花子				
⑦事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 5 年 5 月 30 日					
事業主	住所	水戸市梅香1丁目●●番地●号 ▲▲ビル5F				
	名称	健保商事株式会社				
	氏名					(※) 事業主の押印は省略できます。

⑰給 付 金 振 込 先	公金受取口座(マイナポータル)	<input checked="" type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。				※公金受取口座または健保組合登録口座のいずれかに印して下さい。	
	健保組合登録口座	<input type="checkbox"/> 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。					
	受取代理人の欄	被保険者(申請者)	(氏名)	(住所)			
		受取代理人	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				
			受取代理人 住所・電話 氏名				
	金融機関名称 及び預金種別		信連 農協 銀行	本店・支店 (普通・当座)			
	口座番号				左づめでご記入下さい。		
	(フリガナ) 名義人	(フリガナ)					

受付印

○被保険者のマイナンバー記入欄

\_\_\_\_\_

(②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。)

令和5年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合