

健康保険

被保険者
家族

埋葬料(費)支給申請書

※提出先は各事業所担当者です

申請者情報	被保険者等の 記号番号	記号 10	番号 1234	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	申請書氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子		申請者 生年月日	昭和 平成 60年7月10日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567		メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp

申請内容	死亡年月日	令和 2年5月1日	死亡原因	急性心不全		第三者の行為によるものですか はい ・ いいえ
	■家族(被扶養者)が死亡したための申請の場合					
	ご家族の氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	下記に該当する方は、以前加入していた保険者名と記号番号を記入してください。					
	①当組合の被扶養者認定後3か月以内に死亡した					保険者名 電話 ()
	②前加入組合を資格喪失後、傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した					記号-番号
③前加入健保を資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した						
■本人(被保険者)が死亡したための申請の場合						
	被保険者氏名	健保 太郎		被保険者からみた 申請者との身分関係	妻	
	埋葬した年月日			埋葬に要した費用	円	
下記に該当する方は退職後に加入していた保険者名と記号番号を記入してください。						
①						
②						
③						

この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください。
証明がもらえない場合は死亡した事を証明する書類
(死亡診断書・埋葬許可証 等)を添付してください。

* 記号37の加入者の申請については、以下の点にご留意ください。

記号37の各事業所(日東紡東京、大阪、名古屋、福島、富久山、伊丹)は、平成15年10月に健康保険法第34条に基づく一括適用事業所の承認を受けておりますので、この欄は日東紡の事業主(人事部長)となります。従い、各事業所の健保組合窓口担当の方は、申請書の内容を確認した後、別に設けてある「事業所責任者確認欄」に事業所の住所・責任者名を記入のうえ日東紡本社人事まで提出ください。
* 申請者が国内会社に向向している場合も、この欄は日東紡の事業主(人事部長)となります。

※受領

委任状	□①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。			←該当するものにチェック☑して下さい。		
	☑②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			令和 2年 6月 4日		
	被保険者 (申請者)	氏 名				
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名	健保 花子			

振込先情報	金融機関名称	〇〇〇 銀行 〇〇〇 本店 信用金庫 支店		支店番号	1 2 3
	預金種別	普通 当座 その他 ()	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	口座名義 (カタカナ) ケンポ ハナコ

社会保険労務士の提出代行	

受付日付印

事業所記入欄	*事業所責任者確認欄(記号37の事業所)	
	住所	
	氏名	

※提出先は各事業所担当者です

申請者情報	被保険者等の 記号番号	記号 10	番号 1234	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	申請書氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		申請者 生年月日	昭和 平成 60年3月22日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567		メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp

申請内容	死亡年月日	令和 2年5月1日	死亡原因	急性心不全		第三者の行為によるものですか
						はい ・ いいえ
	■家族(被扶養者)が死亡したための申請の場合					
	ご家族の氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 60年7月10日	被保険者 との続柄	妻
	下記に該当する方は、以前加入していた保険者名と記号番号を記入してください。					
	①当組合の被扶養者認定後3か月以内に死亡した ②前加入組合を資格喪失後、傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した ③前加入健保を資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した					保険者名 電話 () 記号-番号
■本人(被保険者)が死亡したための申請の場合						
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		埋葬に要した費用		円		
下記に該当する方は退職後に加入していた保険者名と記号番号を記入してください。						
①退職 ②資 ③資						

この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください。
証明がもらえない場合は死亡した事を証明する書類
(死亡診断書・埋葬許可証 等)を添付してください。

* 記号37の加入者の申請については、以下の点にご留意ください。

記号37の各事業所(日東紡東京、大阪、名古屋、福島、富久山、伊丹)は、平成15年10月に健康保険法第34条に基づく一括適用事業所の承認を受けておりますので、この欄は日東紡の事業主(人事部長)となります。従い、各事業所の健保組合窓口担当の方は、申請書の内容を確認した後、別に設けてある「事業所責任者確認欄」に事業所の住所・責任者名を記入のうえ日東紡本社人事まで提出ください。
* 申請者が国内会社に出向している場合も、この欄は日東紡の事業主(人事部長)となります。

委任状	※受領委任			
	☑①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。			
	☐②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 2年 6月 4日			
	被保険者 (申請者)	氏 名	健保 太郎	
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名		

振込先情報	金	任意継続被保険者・退職者以外は、委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。	3 ウ

社会保険労務士の提出代行	

受付日付印

事業所記入欄	*事業所責任者確認欄(記号37の事業所)	
	住所	
	氏名	