

※支給決定伺	伺の日	令和	年	月	日	支給内訳	法定給付	万	千	百	拾	円	常務理事	事務長	課長	係	担当
	支給額						付加給付										
	標準報酬月額							千円	資格取得年月日				昭和	平成	年	月	日
	死亡年月日	令和	年	月	日			資格喪失年月日	令和	年	月	日					

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・埋葬料付加金支給申請書

◎裏面にも記入欄がございますので必ずご記入ください。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	生 年 月 日				被保険者 (申請者)の 氏 名	フリガナ
	—	昭和 平成	年	月	日		
	被保険者 (申請者)の住所	〒 — (電話番号) ()					
	事業所の 名称 所在地						
	死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡原因	第三者の行為によるものですか はい・いいえ
	被扶養者が死亡した ための申請である ときは、その方の	① 被扶養者 氏 名	生 年 月 日				被保険者 との続柄
	被保険者が死亡し たための申請であ るときは、その方の	② 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	③ 令和	年	月	日	④埋葬に要した費用の額	百万 拾万 万 千 百 拾 円
	介護保険法のサービ スを受けていたとき	市 町 村 番 号	受 給 者 番 号		発 行 機 関 名		
	被 保 険 者 の マ イ ナ ン バ ー 記 入 欄 ※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。 ※マイナンバーで申請する場合は、個人番号確認及び本人確認をするための書類が必要となります。						

事 業 主 が 証 明 す る 欄	死亡した 方の氏名	死亡した方	被保険者 被扶養者	死亡した 年 月 日	令和	年	月	日死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。							
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				(電話番号) ()			

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日提出 受付日付印

兵庫自動車販売店健康保険組合理事長 様

銀行振込を希望する場合は、下欄に振込先を記入、代理人（事業主）に委任される場合は受取代理人の欄に記入してください。

金融機関名	支店名及び支店番号	口座番号					
銀行 信金 信組 農協	支店No. ()						
	支店 No.						

被保険者（申請者）本人の口座に限ります。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
	被保険者 住所 (申請者) 氏名 代理人 住所 (事業主) 氏名

〔 記 入 上 の 注 意 〕

- 1 標題の「被保険者」・「家族」の文字はいずれか該当する方を○で囲んでください。
- 2 被保険者が死亡したための申請であるときは、①欄に、また、被扶養者が死亡したための申請であるときは、②欄に、「該当せず」と記入してください。
- 3 ③、④の欄は、死亡した被保険者の被扶養者（または同居配偶者）で埋葬を行う者が申請する場合に限り「該当せず」と記入してください。
 ただし、被扶養者以外の者が申請する場合、住民票原本（亡くなった被保険者（除票と記載のあるもの）と申請者が記載されているもの（市町村によっては除票が必要））を添えてください。
 その他の者が申請する場合は、必ず記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書原本（費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記してあること。）を添えてください。
- 4 死亡の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」をこの書類に添付してください。
- 5 ※印の欄には記入しないでください。

この申請書には、事業主証明欄がありますが、この欄は給付金の申請事務を円滑に行うために設けているものです。
 しかしながら、健康保険法施行規則における事業主証明書の取扱いについては、被保険者等が申請する場合は申請書に添付したうえ健康保険組合に提出することとされております。
 つきましては、施行規則による方法で申請される場合は、申請者記入欄についてのみ記入した申請書に、事業主証明書を添付のうえ提出していただいで結構です。