

記入例

被保険者  
家族

## 埋葬料(費)・埋葬料付加金支給申請書

|                                                                                                                     |                                         |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|
| 被 保 険 者 等<br>記 号 ・ 番 号                                                                                              | 記号<br>1                                 | 番号<br>100        | 事 業 所 の<br>名 称   | (株)東友健保                                                                                       |                     |               |
| 死 亡 し た<br>年 月 日                                                                                                    | 令和 6 年 12 月 1 日                         | 埋 葬 し た<br>年 月 日 | 令和 6 年 12 月 3 日  | 死 亡<br>原 因                                                                                    | 心筋梗塞                |               |
| 被 保 険 者 が<br>死 亡 の 場 合                                                                                              | 請 求 者 氏 名                               |                  |                  | 被保険者との続柄                                                                                      |                     |               |
|                                                                                                                     | 埋 葬 に<br>要 した 費 用                       | 円                |                  | 埋葬費(被保険者とは全く生計維持関係のない方が請求)として請求する場合のみ記入してください。                                                |                     |               |
| 被 扶 養 者 が<br>死 亡 の 場 合                                                                                              | 死 亡 者<br>氏 名                            | 健保 正子            |                  | 生 年<br>月 日                                                                                    | 昭・平・令 40 年 4 月 30 日 | 被保険者<br>との続柄  |
|                                                                                                                     |                                         |                  |                  |                                                                                               |                     | 母             |
| 死 亡 が 第 三 者 の<br>行 為 に よ る 場 合                                                                                      | 氏 名                                     |                  |                  | 住 所                                                                                           |                     |               |
|                                                                                                                     | (不詳であるときはその旨)                           |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
|                                                                                                                     | 事故の状況                                   |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
| 記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。                                                                             |                                         |                  |                  | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。<br>(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) |                     |               |
| 備考欄                                                                                                                 |                                         |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
| 事 業 主 が 証 明 す る 欄                                                                                                   | 死亡した<br>者の氏名                            | 健保 正子            |                  | 死亡した者                                                                                         | 被保険者<br>被扶養者        | 死亡した<br>年 月 日 |
|                                                                                                                     | うえのとおり相違ないことを証明します。                     |                  | 令和 6 年 12 月 15 日 |                                                                                               |                     |               |
|                                                                                                                     | 事業所所在地 広島市南区大州5-3-33                    |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
|                                                                                                                     | 事業所名称 (株)東友健保                           |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
|                                                                                                                     | 事業主氏名 東友 一郎                             |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
| <input 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。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) |                                         |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
| <input checked="" type="checkbox"/> 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。                           |                                         |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
| 払 渡 希 望<br>銀 行                                                                                                      | 健康                                      |                  | 銀 行              | 本店                                                                                            | 普通 No.              | 7777777       |
|                                                                                                                     |                                         |                  | 信用金庫             | 支店                                                                                            | 当座 No.              |               |
|                                                                                                                     |                                         |                  | 信用組合             | 本所                                                                                            | フリガナ                | ケンポ タロウ       |
|                                                                                                                     |                                         |                  | 農 協              | 支所                                                                                            | 口座名義人               | 健保 太郎         |
| 住所 広島市南区大州1-1-1                                                                                                     |                                         |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
| 令和 6 年 12 月 18 日 提出                                                                                                 |                                         |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
| 被保険者 (請求者) 氏名 健保 太郎                                                                                                 |                                         |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
| 必ず記入してください。生年月日 昭・平 5 年 10 月 1 日生                                                                                   |                                         |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
| 委 任                                                                                                                 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。<br>令和 年 月 日 |                  |                  | 受付日付印                                                                                         |                     |               |
|                                                                                                                     | 住所                                      |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
|                                                                                                                     | 被保険者の (請求者) 氏名                          |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
|                                                                                                                     | 住所                                      |                  |                  |                                                                                               |                     |               |
|                                                                                                                     | 代 理 人 の 氏名                              |                  |                  |                                                                                               |                     |               |