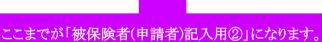
											1		2		
											被保険	食者(申請	青者)記入	.用①	
			健康係		保険		埋葬	松 I. (建	匙)	支給申	善主			
			医冰口	家		族	生 并	17 (丿		火 州 丁 I	il <u>e</u>			
Luke	事業原	if:		被保険	去				_						
被保険者	記号			整理番				事業所名							
	氏名							生年月日		昭和	年		 月	日	
者	1/1							エーハロ		平成	7		/1	Н	
	[申請者]について														
	①被保険者が死亡の場合➡死亡者と「生計維持関係のあった親族」又は「実際に埋葬を行った方」が申請者になります。 ②被扶養者(家族)が死亡の場合➡死亡された方の生計を維持していた「被保険者」が申請者になります。														
	T -														
	住 所														
										昭和	TEL	_	_		
申	(フリガナ) 氏 名						生年月日		平成	年		月	日		
	10	711								令和	'				
调 者	死亡者との 続柄 (関係)		被扶養者					請求		-k - ⊨	書かる	きと - マキキ! ナナ			
申請者情報			被扶養者以外の同居親族 実際に埋葬を行った者					前 水		4 4	申請をもって請求します。				
袝	② 在籍中の保険給付金受領は、事業所が定めた受領責任者になります。														
	□ 仕精中の保険給付金受領は、事業所が定めた受領責任者になります。 本申請に基づく保険給付金は、下記受領責任者に委任します。														
							<u> </u>	圧しより。							
	領	令和	4	<u> </u>	月	日								, I	
	委任			受領責任者氏名				印							
												J			
⊚	喪失後	その保険	美給付金	の振込は	:、個人の	つ口座に	こなります。								
	△ 両h	日日 沙社				銀行		本	店	預金種別		並以至3	石 <u>人</u>		
振込指定	金融機関		信金 信組 !!!!!!!				支店 預金種別 普通預金								
定口	口座	番号					(フリカ・ナ)								
座							口座名義								
												巫			
受付印															
	「被保険者(申請者)記入用②」に続きます。														
											ıl				
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄															
提	出代行	者名記	載欄												

被保険者(申請者)記入用②

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

	(フリガナ) 氏名					生年月日	昭末 平月 令末	Ż	年		月	日
	被保険者 との続柄					死亡年月日	令和	П	年		月	E
死亡	死亡した 原因 (傷病名)											
亡者		原則、健康保険給付の対象外になります。										
$ \mathcal{O} $	労災や 第三者行為 によって 死亡した時	健康保険約	給付に支約									
情報		労災・自賠責の 担当者氏名及び		担当部署名			TE	L	-		-	
		連絡: (部署·電記		担当者名								
	喪失後の 申請の場合 ※被保険者のみ	健保名				保険者番	号					
		被保険者 整理記号				被保険者 整理番号						



◎「死亡診断書又は死体検案書」の写しが添付できない場合は下欄をご使用ください。

医師の証明	下記の通り、証明い	たします。	令和	年	月	目			
	死亡した方の氏名								
	死亡年月日		令和	年	月	日			
	死亡した 原因・傷病名								
	医療機関等住所								
	医師名								

「医師 記入用」になります。