

※電子メールでの受付は行っておりません。会社の人事担当に提出して下さい(任意継続の方は健保へ直接郵送して下さい)。

健康 保険 組合 記入	支払年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	課長・係長	主任	担当者	
	支払額	円									
	支給内訳	埋葬料	円				埋葬費	円			
		埋葬料付加金	円				埋葬費付加金	円			
資格	取得	年	月	日	喪失	年	月	日			

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)、埋葬料(費)付加金申請書

被 保 険 者 ま た は 被 保 険 者 で あ っ た 者 記 載 事 項	被保険者証の 記号一番号	—				事業所名 (会社名)						
	死亡した 者の氏名					死亡した者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	死亡した者の 住所	〒										
	死亡した年月日	令和	年	月	日	被保険者との 続柄	本人・妻・子・父・母 祖父母・その他( )					
	埋葬を行った年月 日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用	金	円				
	死亡 原因					死亡原因が労災・通勤災害 または交通事故によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ	、 <input type="checkbox"/> はい				
	申 請 者											
	申請者 の氏名					死亡者との 続柄						
	振込 口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義(カタカナ)						
		(ゆうちょ銀行の場合)	通帳記号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	通帳番号	口座名義(カタカナ)						
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 住所 〒 申請者 氏名 の 東武流通健康保険組合 理事長 殿 電話番号												

↓ 口座名義が代理人の場合(申請者の氏名と異なる)、および事業所に受領を委任する場合は記入 ↓

委任状 (受領を代理 人に委任する 場合のみ記 入)	本申請に基づく支給金に関する受領を下記の者に委任します。令和	年	月	日	
	被保険者 (申請者)	氏名			
	代理人	住所			
	氏名				

事 業 主 の 証 明	死亡した者の氏名	死亡した者	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。					
	令和	年	月	日		
	住所					
	事業主 の 氏名					
	電話番号					
健保受付日付印						