

※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	健康保険組合が記入します				
	支給内訳	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—番号	1 0 1 — 2 3 4 5 6	事業所名 (会社名)	東武百貨店 池袋店		
	死亡した 者の氏名	東 結花	死亡した者の 生年月日	<input checked="" 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	〒 171-00△△ 東京都豊島区西池袋○—○○—○ ○○○ハイツ×××				
	死亡した年月日	令和 1年 6月 3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 1年 6月 6日	埋葬に要した費用	金 ○□□,▼▼▼円		
	死亡 原因	心不全	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ、 <input type="checkbox"/> はい		
	申 請 者					
	申請者 の氏名	東 武一郎	死亡者との 続柄	夫		
	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)
		○○▲▲銀行	南池袋	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	◎◎××△△□	ヒガシ タケイチロウ
	(ゆうちょ銀行の場合)	通帳記号	通帳番号	口座名義(カタカナ)		
	ゆうちょ銀行	—	—	—		
上記のとおり申請いたします。						
令和 ○年 ◎月▼▼日	住所	〒 171-00△△ 東京都豊島区西池袋○—○○—○ ○○○ハイツ×××				
	申請者 の氏名	東 武一郎				
東武流通健康保険組合 理事長 殿		電話番号	090— △△△△— ★★★★★			

↓ 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	会社が記入します		
	住所 事業主 の氏名 の 電話番号			

健保受付日付印