

※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		

健康保険組合が記入します

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 險 者 ま た は 被 保 險 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		
	死亡者の 氏名	東 武一郎	死亡者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇〇年 〇月 〇日		
	死亡した年月日	令和 1 年 6 月 3 日	被保険者との 続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・妻・子・父・母 <input type="checkbox"/> 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 〇〇〇,▼▼▼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 結花	死亡者との 続柄	妻	
	申請者の 住所	〒171-00△△ 東京都豊島区西池袋〇—〇〇—〇	連絡先(自宅又は携帯)	090 -〇〇〇〇 -××××	〇〇〇ハイツ×××	
	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	1◎▲×0	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	◎〇××▼△□1	ヒガシ ユカ
	上記のとおり申請いたします。 令和 〇 年 〇 月▼▼ 日	住所 〒171-00△△ 東京都豊島区西池袋〇—〇〇—〇 〇〇〇ハイツ×××	申請者の 氏名	東 結花		
東武流通健康保険組合 理事長 殿	電話番号	090— 〇〇〇〇— ××××				

↓ 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 (印)
	代理人 住所 (印)
	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 (印)
	電話番号		

会社が記入します

健保受付日付印