被保険者
家　族　埋葬料（費）支給申請書

〔被保険者（申請者）が記入するところ〕

被保険者等記号・番号		被保険者（申請者）の氏名	生年月日
記号	番号		昭和・平成 年　月　日
被保険者（申請者）の住所	〒　－		☎　－　－ 携帯　－　－
事業所名称			

死亡した年月日	令和　年　月　日	死亡原因	※死亡原因がケガによるものの場合には、「負傷原因届」を添付してください。

死亡したのは、被保険者・家族（被扶養者）のどちらですか？　1. 被保険者　2. 家族（被扶養者）

死亡した被保険者と申請者との関係		死亡した家族の	氏名	
埋葬した年月日（※）	令和 年　月　日		生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日
埋葬に要した費用の額（※）	円	死亡した家族と被保険者との続柄		

・被保険者が、退職または継続給付終了後3ヶ月以内に死亡した場合、死亡時に加入していた健康保険の ・家族が、被扶養者になってから、または前の保険者の継続給付を受け終わってから3ヶ月以内に死亡した場合、その前に加入していた健康保険の	保険者名	被保険者等記号・番号

※「埋葬した年月日」「埋葬に要した費用の額」の欄は、「被保険者」が死亡し、かつ「被保険者に生計維持されていた方がいない」ために、実際に埋葬した（葬儀を行った）方がこの申請をする場合にのみ記入してください。

〔事業主が証明するところ〕

死亡者氏名		死亡年月日	令和　年　月　日

うえのとおり相違ありません。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

☎　－　－

〔保険給付金振込先〕（①と②のいずれかに☑してください）　令和　年　月　日提出

① □ マイナポータル等で登録した「公金受取口座」への振込を希望します。

② □ 下の欄に記入した口座への振込を希望します。

受付日付印

金融機関名		・銀行・金庫・信組		・支店・出張所
口座番号			・普通　・当座	
口座名義	（フリガナ）			

※　振込先の口座名義を被保険者（申請者）以外の方とする場合には、委任状を添付してください。

＊記入に際しての留意事項及び添付していただく書類については裏面をご覧ください。

東京中央卸売市場健康保険組合

6. 12改