

健康保険 被保険者 埋葬料（費）支給申請書
家族

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号・番号		氏 名	(フリガナ)		生年月日							
	記号	番号		自署の場合は押印不要				昭和 平成		年		月	
	住 所												
	電話												

申 請 内 容	死亡した年月日	令和		年		月		日	死亡原因	第三者行為によるものですか はい・いいえ			
	亡くなられた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 ⇒ ①へ <input type="checkbox"/> 家族（被扶養者） ⇒ ②へ											
	①被保険者	被保険者からみた申請者との身分関係		葬祭した年月日	令和		年		月		日	葬祭に要した費用	万円
	②家族（被扶養者）	その方の氏名			生年月日	令和		年		月		日	続柄

振 込 希 望 口 座	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組		支店・営業部 本店・出張所			
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他()					
	口座番号	口座名義人 カタカナで記入					

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込をされる）場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。										受付印
	令和 年 月 日										
	被保険者（申請者）	住所									
	代理人	住所									
										トータルビューティー 健康保険組合	
										委任者と代理人の関係	

事 業 主 証 明 欄	死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡した年月日							
			被保険者・被扶養者	令和		年		月		日
	上記の通り相違ないことを証明いたします。									
	事業所の所在地									
事業所の名称										
事業主の氏名										
										電話 ()

社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 印	
--	--