受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日

秘

受付日付印

支給額		円
支給内訳	埋葬料	円
	埋葬料附加金	円
	埋葬費	円
	埋葬費附加金	円

支給支払決議書			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・埋葬料（費）支給申請書

申請者情報

被保険者	記号 番号	生年月日	年 月 日
氏名	（フリガナ）		
住所	〒 ―		
		電話番号（日中の連絡先）	
事業所名称		事業所所在地	

► 被保険者が亡くなられた場合であっても、「被保険者記号・番号」「生年月日」「事業所名称」は被保険者の情報をご記入ください。

► 「氏名・印」「住所」「電話番号」「振込先」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

申請内容

死亡年月日	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	□ 被保険者 ► ①へ　□ 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	年 月 日	葬祭に要した費用の額 円
② 家族	その方の氏名		生年月日	年 月 日	続柄

※ 死亡の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

振込先

金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード					ー			
	支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通 当座							
口座名義（カタカナで記入）										

委任状

口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日
		氏名
	代理人（口座名義人）	住所
		氏名 被保険者との関係（ ）

事業主の証明欄

亡くなられた方の氏名	□被保険者 □被扶養者	死亡年月日	年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日

所在地

事業所名称

事業主氏名 TEL （ ）

デサント健康保険組合

2024.12改