

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1

2

ページ

被保険者記入用

埋

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報※	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	住所	〒	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		都 道 府 県	<input type="text"/> <input type="text"/>	
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL	<input type="text"/>					

振込先指定口座※	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店営業部 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
		<input type="text"/>	口座名義の区分 <input type="checkbox"/>

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年	月	日
	氏名・印	住所 「被保険者情報」の住所と同じ		<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	代理人 (口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)	<input type="text"/>		
	住所 (フリガナ)	氏名・印		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
				被保険者(申請者)との関係		

※ご注意ください

「被保険者・事業主記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者が亡くなられたの申請の場合、「被保険者証の記号・番号」と「生年月日」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」、「振込先指定口座」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

様式番号

協会使用欄

(2019.5)

受付日付印

