

支給決議書	支 給 額		万 千 百 十 円				常務理事	事務長	課 長	係 長	担当者
	内 訳	法 定									
		附 加									
	資 格 取 得		年 月 日								
	資 格 喪 失		年 月 日								

健康保険被保険者・埋葬料（費）支給申請書
被扶養者・埋 附 加 金

被 保 険 者（申請者）が記入するところ	①	被保険者の 記号・番号	記号		②	事業所	名称					
			番号				所在地					
	③	被保険者死亡の場合 被保険者氏名	フリガナ			④	死亡者と 申請者との続柄					
	⑤	被扶養者死亡の場合 被扶養者氏名	フリガナ			被扶養者 生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	被保険者 との続柄	
	⑥	死亡の原因										
	⑦	死亡年月日	年	月	日	⑧	埋葬を行った年月日（埋葬費の場合のみ記入）	年	月	日		
	⑨	埋葬に要した額（埋葬費の場合のみ記入）	金	円也		（内訳は、別紙領収書の通り）						
	⑩	①資格喪失後、3ヶ月以内の場合 被保険者の死亡が②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中の場合 ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内の場合						現在の 保険者名				
								記号	番号			
	⑪	①資格喪失後、3ヶ月以内の場合 被扶養者の死亡が②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中の場合 ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内の場合						前の 保険者名				
								記号	番号			
	⑫	同一の死亡について、⑩又は⑪の保険者より埋葬料（費）を						☐ 受給した／受給予定 ☐ 受給しない				
	⑬	第三者行為による死亡の時は、 その事実及び第三者の住所・氏名 （第三者が不明の場合はその旨を記入）										

事業主が証明するところ	死亡した 被保険者 被扶養者 の氏名	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				

☐ マイナポータル等で事前登録した「公的給付等を受け取るための口座（公金受取口座）」を利用します。（利用する場合は ☒ ） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
上記のとおり申請します。					
住所 年 月 日 被保険者 氏 名 (申請者) 電話番号 山形県自動車販売健康保険組合 理事長 殿				弘渡希望銀行	
				銀行 店	
				預金種別	
				口座名義	
受取代理人の欄				口座番号	
				受付日付印	
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 住 所 被保険者 氏名 代理人 氏 名 (申請者) (口座名義) 電話番号					

裏面もご覧下さい。

<注意事項>

1. 被扶養者が死亡し、被保険者が埋葬を行った場合は、「埋葬料」になります。
⑧と⑨の欄は記入不要です。
2. 被保険者が死亡し、被扶養者が埋葬を行った場合は、「埋葬料」になります。
⑧と⑨の欄は記入不要です。
3. 被保険者が死亡し、死亡した被保険者に被扶養者がおらず、被扶養者以外の方が埋葬を行った場合は、「埋葬費」になります。
⑧と⑨の欄を記入し、埋葬に要した費用の領収書を添付して下さい。
4. 死亡が第三者行為（交通事故等）の場合、「第三者行為による傷病届」を添付して下さい。
5. 原則、事業所を通して支給いたしますので、払渡希望銀行は記入不要です。受取代理人の欄を忘れずに記入お願いいたします。
6. 被保険者の死亡の場合又は被保険者資格喪失後等の理由で、被保険者（申請者）へ直接支給する場合は、公金受取口座を利用又は払渡希望銀行を記入していただき、受取代理人の欄は記入不要です。