健康保険 被保険者/家族 埋葬料(費) 支給申請書

申請者…被保険者が亡くなった場合は給付金を申請するご家族等について、扶養家族が亡くなった場合は被保険者について記入してください。

申請者情報	①記号－番号（省略可）	―	②申請者氏名 ふりがな	③生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日
	④住所	〒		⑤携帯 TEL ＊必ず記入してください
	⑥給付金受取口座	金融機関コード	支店コード	普通口座№
		金融機関名 銀行 信金 その他( )	支店名 本店 支店 出張所	口座名義（カタカナ）

申請内容	⑦死亡年月日	令和 年 月 日	⑧死亡原因	⑨第三者行為によるものですか	□はい □いいえ
	⑩被扶養者が死亡したとき	亡くなった扶養家族の氏名	生年月日 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	被保険者との続柄	
	⑪被保険者が死亡したとき	被保険者氏名	生年月日 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	申請者の続柄（関係）	
		埋葬した日 令和 年 月 日	埋葬に要した費用 円		

添付書類チェック欄（下記を必ず添付してください）

被扶養者が死亡したとき	□ **死亡診断書（写）／埋葬許可証（写）／火葬許可証（写）**	いずれか１点を添付してください
	□ **被扶養者異動届【削除】**	当組合 HP よりダウンロードください
	□ **亡くなった方の健康保険証**	R6.12.2 以前に交付されている方はご返却ください
被保険者が死亡したとき	□ **死亡診断書（写）／埋葬許可証（写）／火葬許可証（写）**	いずれか１点を添付してください
	□ **埋葬費用の領収書（写）**	-
	□ **戸籍謄本 ／ 被保険者との関係が分かる書類**	申請者が「被扶養者」の場合は省略可。 いずれか１点を添付してください。

備考	

事業主証明欄	亡くなった方の氏名		□ 被保険者 □ 被扶養者	死亡年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				

受付印

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合（〒141-0021 東京都品川区上大崎 2-25-2）