

健康保険

被保険者
家族

埋葬料(費)

・シャチハタ不可
・受取代理人の欄と
同じもの

申請書

被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号-番号	申請者の氏名・印	生年月日	
	123 - 4567	港 保子	昭和 28 年 3 月 21 日	
	住所		連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号	
	〒 140 - 0002 東京都品川区東品川1-2-3-405		090-1234-5678	
	事業所	名称	所在地	
	芝浦港運株式会社	〒 108 - 0023 東京都港区芝浦1-23-45		
	被保険者が死亡したとき	死亡した方の氏名	生年月日	申請者との身分関係
		港 健太	昭和 27 年 7 月 18 日	妻
	被扶養者が死亡したとき	死亡した方の氏名	生年月日	被保険者との続柄
			昭和 平成 令和 年 月 日	
死亡の原因	胃癌		死亡した日 令和 2 年 4 月 15 日	
第三者行為による死亡ですか	1.はい 2.いいえ	埋葬した日 令和 年 月 日	埋葬に要した費用 円	
死亡した方が資格喪失後または加入3ヶ月以内に死亡した場合	資格喪失後または加入3ヶ月以内に死亡した場合、死亡当日または加入3ヶ月前に加入していた健康保険について			
	保険者名	被保険者氏名	続柄 記号番号	

※添付書類については、HPをご覧ください。

※死亡診断書(写)の添付があれば、事業主証明欄の記入は不要です。

事 業 主 証 明 欄	死亡した方の氏名	港 健太	1.被保険者(本人)	死亡した年月日
			2.被扶養者(家族)	令和 2 年 9 月 15 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。	証明日 令和 2 年 10 月 7 日		
	事業所所在地	東京都港区芝浦1-23-45	事業主印	
	事業所名称	芝浦港運株式会社		
	事業主氏名	芝浦 涼介		

※被保険者本人が死亡した場合で、給付金の受領を委任しない場合は、口座を指定してください。

支 払 機 関 の 欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	フリガナ	
	預金種別 口座番号	1. 普通 2. 当座	No.	口座名義 (請求者名義のみ)	

受 取 代 理 人 の 欄	本申請および給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		記入日 令和 2 年 10 月 7 日
	申請者	住所 東京都品川区東品川1-2-3-405	港 保子
	代理人	住所 東京都港区芝浦1-23-45	
		芝浦港運株式会社	芝浦 涼介

・シャチハタ不可
・被保険者氏名の欄と
同じもの振込依頼書にて
登録のもの