健康保険　被保険者 家族　埋葬料（費）支給申請書

パレット健康保険組合

被保険者等	（記号）　（番号） —	（記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください） —　—　—			
被保険者氏名		生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和　年　月　日		
		事業所名称			
死亡した方について　氏名	□被保険者 □家族	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和　年　月　日		
死亡年月日	令和　年　月　日	申請者との身分関係		第三者(他人)によるものですか	いいえ・はい
死亡の原因					
埋葬費を申請する方は「埋葬年月日」「埋葬に要した費用」も記入してください。					
埋葬年月日	令和　年　月　日	埋葬に要した費用	金）　円 （別紙証拠書の通り）		

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

パレット健康保険組合　理事長殿

住所　〒　－

電話番号（日中の連絡先）　（　）

被保険者氏名（申請者）

※在籍者の方は会社を通じての支給となりますので、委任状欄に記入してください。

委任状

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。

令和　年　月　日

被保険者氏名（申請者）

受領代理人氏名

（会社が受領代理人として届出ている人）

※退職者の方のみ振込口座を指定してください。（任意継続被保険者の方は登録口座へお振込いたしますので、記載は不要です。）

退職者記入欄

□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。）　※口座情報の反映には日数を要します。

振込先					
金融機関コード		支店コード		フリガナ	
金融機関名	銀行 信用金庫	支店名	本店 支店	口座名義	
預金種別	普通　・　当座	口座番号			

事業主の証明

上記のとおり相違ない事を証明する。

令和　年　月　日

所在地

事業所名称

代表者氏名

【添付書類】

死亡した方	申請者	添付書類
被保険者	被扶養者	・死亡診断書または火葬許可証の写し※
	生計維持されていた方 （被扶養者以外の同居親族）	・死亡診断書または火葬許可証の写し※ ・申請者の住民票 ・亡くなられた方の住民票の除票
	生計維持関係の無い方 （実際に埋葬を行った方）	・死亡診断書または火葬許可証の写し※ ・葬儀費用等の領収書の写し （支払った方(申請者)のフルネーム及び費用の内訳が記載されているもの）
被扶養者		・死亡診断書または火葬許可証の写し※

※の書類は事業主の証明を受けた場合、必要ありません。

受付日付印

（2024.12.2）

健保記入欄						
資格取得日	昭和・平成・令和　年　月　日	資格喪失日	令和　年　月　日	資格確認書回収日	令和　年　月　日	
扶養認定日	昭和・平成・令和　年　月　日	扶養削除日	令和　年　月　日		令和　年　月　日	
受付No.		埋葬料(費)	円	支給決定額	円	