

被保険者証	(記号)	(番号)	事業所の名称				
被保険者氏名			生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年	月 日	
死亡した方について	氏名	(続柄) ・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		
上記のとおり申請します。			住所	〒 -			
令和 年 月 日			電話番号(日中の連絡先) ( )				
パレット健康保険組合 理事長殿			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。		被保険者氏名(申請者)				
	令和 年 月 日		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	<input type="checkbox"/> 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。						
	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。		所在地
	令和 年 月 日		事業所名称 代表者氏名

## 【添付書類】

受付日付印

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。

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

2024.3

## 【個人情報保護法への取り組みについて】

本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において知り得た個人の情報について、他の目的のために使用したり、第三者に提供することはありません。

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	証回収日	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

被保険者証	(記号) 000 (番号) 1234567	事業所の名称	ABC株式会社		
被保険者氏名	健保 太郎	生年月日	昭和2.平成3.令和 31年1月5日		
死亡した方について	氏名	健保 太郎	(続柄) 被保険者・家族	生年月日	昭和2.平成3.令和 31年1月5日
	死亡年月日	令和 4年 11月 20日		申請者との 身分関係	夫
	死亡の原因	多臓器不全			
	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 5年 12月 1日			住所 〒 000-3333	東京都豊島区池袋1丁目2-3 □△マンション123	
パレット健康保険組合 理事長殿			電話番号(日中の連絡先)	080(0000)1111	
			被保険者氏名(申請者)	健保 花子	

※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。	被保険者氏名(申請者)
	令和 年 月 日	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	<input type="checkbox"/> 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。					
	金融機関コード	999	支店コード	9999	フリガナ	ケンボ ハナコ
	金融機関名	A 銀行 信用金庫	支店名	AB 本店 支店	口座名義	健保 花子
振込先	預金種別	普通 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		

事業主の証明	上記のとおり相違ない事を証明する。	所在地
	令和 年 月 日	事業所名称 代表者氏名 事業主 記入

## 【添付書類】

受付日付印

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。

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

## 【個人情報保護法への取り組みについて】

本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において知り得た個人の情報について、他の目的のために使用したり、第三者に提供することはありません。