

被保険者等	(記号) 000 (番号) 1234567	(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	健保 太郎	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 31年 1月 5日				
		事業所名称	ABC株式会社				
死亡した方について	氏名	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 31年 1月 5日		
	死亡年月日	令和 5年 11月 20日		申請者との 身分関係	夫	第三者(他人)に よるものですか	いいえ はい
	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	(別紙証書の通り)			
上記のとおり申請します。				住所	〒000-3333		
令和 5年 12月 1日				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	
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	事業主記入
		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