

本人 家族 埋葬料申請書

・ご記入は必ずインクの消えないペン(ボールペンなど)でお願いします。
※この申請書は、給付金の申請を円滑に行うため、事業主経由で提出いただくこととしています。
※個人情報取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

保険証の		所属名		
記号	番号(右詰め)	会社名	所属	マルチ番号
		(勤務地:)		内線番号8- -
死亡した人		生年月日 (満年齢 歳)	続柄	
		昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)	本人 夫 長男 次男 三男 父 妻 長女 次女 三女 母 その他 () ※「その他」の場合、具体的にご記入ください	
死亡の原因(傷病名)		※いずれかにチェックしてください。		
死亡年月日		<input type="checkbox"/> 病死 及び 自然死		
令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 事故(相手のいるもの[第3者行為による])		
埋葬を行った年月日		<input type="checkbox"/> 事故(相手のいないもの[自損など])		
令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 自殺		
申請者署名・捺印				
シャープ健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日 印				
上記の通り申請します。住所 _____ 私の受ける表記給付金の受領を事業主に委任します。電話 _____ 保険給付の支給決定に必要な範囲で、医療機関等に 氏名 _____ (続柄) 印 内容照会を行うことについて同意します。				
備考欄		保険証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、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要です。)		
※給付金受取口座は、被保険者(本人)死亡のときのみ記入下さい。 被扶養者(家族)が死亡の場合、従業員は給与口座、退職者はご本人の届出口座が受取口座となります。				
給付金受取口座		銀行・金庫 信組・農協	本店・支店 出張所	
金融機関番号		支店番号	口座番号	
預金種別: 普通		口座名義 (申請者名)	フリガナ	

事業主証明欄	被保険者()は 令和 年 月 日
	被扶養者()は 住 所
	令和 年 月 日死亡しました。 事業所名
上記の通り相違ありません。 事業主	

健保記入欄	健保 受付印
-------	--------

〈窓口責任部門 確認欄〉		
責任者		担当
申請書受領日: 令和 年 月 日		