

健 保 記 入 欄	支 給 決 定 同				支 給 決 定 額	¥	資格取得	昭・平・令 年 月 日
	常務理事	事務長	係長	係員			資格喪失	令和 年 月 日
	支給決定	令和 年 月 日	法定給付金	¥	備 考			
	支給年月	令和 年 月 日	付加給付金	¥				

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・埋葬料（費）付加金 請求書

被 保 險 者 記 入 欄	① 被 保 險 者 記 号 ・ 番 号	② 被 保 險 者 氏 名	③ 被 保 險 者 生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成	
	④ 死亡した 年 月 日	令和 年 月 日	⑤ 死亡原因	⑥ 第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ
	⑦ 家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき				
	被扶養者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄
⑧ 被保険者が死亡したための申請であるとき					
被保険者氏名		被保険者からみた申請書との身分関係			
埋葬した年月日		令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額		
⑨	振 込 先	金 融 機 関 名 称	種 目 ・ 口 座 番 号	口 座 名 義	
	指定口座	農協	本店 普通 支店 貯蓄	フリカナ	
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日		〒	TEL		
		住 所			
		被 保 險 者			
京都府農協健康保険組合理事長 殿		氏 名	Ⓜ		

事 業 主 が 証 明 す る 欄	⑩ 死亡した 方の氏名	⑪ 死亡した方	被 保 險 者 被 扶 養 者	⑫ 死亡した 年 月 日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。事業所所在地				
令和 年 月 日		事業所名称			
		事業主氏名	Ⓜ		

委任の欄（給付金の受領を人に頼むときだけ記入してください）

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。

令和 年 月 日

被保険者の 住所
氏名 Ⓜ

代理人の 住所
氏名 Ⓜ

受 付 印

添付書類

- ◎ 市区町村長の埋火葬許可証または死亡診断書の写しを添付してください。
- ◎ 請求者が被保険者または被扶養者でない場合、先の書類で死亡者との続柄が確認できない時は、続柄の分かるもの（戸籍謄本等）の写しを添付して下さい。