

健康 保険 組合 記入 欄	款	保 險 給 付 費	常 務 理 事		事 務 長		係	
	項	法 定 給 付 費						
	目	埋 葬 料 (費)				円		備 考

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）支給申請書

申 請 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号 番 号	3 2	事業所の名称			
	被 保 険 者 の 死 亡 で あ る と き	氏名			被保険者と申請者 との身分関係		
		埋葬した 年月日	年 月 日		埋葬に要した 費用の額	円	
	被 扶 養 者 の 死 亡 で あ る と き	氏名		続柄	生年月日	年 月 日	
	死 亡 し た 年 月 日	年 月 日		死 亡 原 因			
	年 月 日 住 所 〒 申請者 氏 名 北海道新聞社健康保険組合理事長 殿 ※自署の場合は押印を省略できます。						

振 込 先	銀 行 名	銀行	店
	口 座 番 号		
	口 座 名 義	(フリガナ)	
	預 金 種 目	普通・当座（○で囲んで下さい）	

事業主 の 証 明 す る と こ ろ	死 亡 し た 者 の 氏 名		死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者
	死 亡 し た 年 月 日	年 月 日		
	年 月 日 住 所 〒 事業主 氏 名			

【注意事項】

1. 事業主の証明を受けないで請求する場合は、この申請書に埋葬許可証または死亡診断書の写しを添付してください。
2. 被保険者の死亡で生計関係のない方が埋葬を行った場合は、埋葬に要した費用の領収書の写しを添付してください。