※記載内容を訂正（書き損じ等）した場合※
訂正箇所に二重線を引き、**申請者のサインまたは押印**をお願いします。
修正液等は使用しないでください。

支給額						円

健康保険　被保険者 家族　埋葬料（費）・付加金　支給申請書

申請者情報

① 被保険者等記号・番号	記号　　番号	記号・番号がわからない場合はマイナンバーをご記入ください。	
② 申請者の氏名	（フリガナ）	③ 被保険者の生年月日	昭和 平成　年　月　日
④ 申請者の現住所	〒　－　都・道 府・県		
		⑤ 申請者の電話番号	（　　）
⑥ 被保険者の事業所名称		⑦ 提出委任	□ 本申請の提出を事業主へ委任します。（事業主経由（依頼）する場合は✔）

加入状況申告

⑧ 右の項目に該当する方は、全ての項目を記入	1.被保険者が死亡したとき（在職中に死亡したときは記入の必要はありません） □ 当組合の資格を喪失してから3カ月以内ですか ✔の場合⇒当組合加入以後に加入していた保険者名を記入	2.被扶養者が死亡したとき □ 当組合に加入してから3カ月以内ですか ✔の場合⇒当組合加入以前に加入していた保険者名を記入
保険者の名称	協会けんぽ（　　）支部 ・（　　）健康保険組合 ・（　　）共済組合 （　　）国民健康保険 ・ その他（　　）	
⑨ 同意欄	私は東京都電機健康保険組合以外に埋葬料（費）の請求はしません。 また、当健康保険組合が関係機関に照会すること、また関係機関が回答することに対して、同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。	申請者の氏名　※署名したことにより同意したものとみなします。

※死亡の原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者行為による傷病届」等が必要です。事前に当組合へご連絡ください。
※通勤・退勤途中または業務中の怪我や病気は労災適用のため健康保険の対象となりません。勤務先へお問い合わせください。

申請内容

⑩ 死亡した方	氏名	生年月日	昭・平・令　年　月　日
	被保険者との続柄　　性別	死亡した年月日	令和　年　月　日
⑪ 具体的な死因		⑫ 仕事中、通勤中または、交通事故などの第三者行為によるものですか	□ はい　□ いいえ
⑬ 被保険者が死亡したときに記入	被保険者と申請者との続柄		
	埋葬に要した費用の額　円	埋葬した年月日	令和　年　月　日

※　事業主証明欄の記載内容を訂正した場合は、訂正箇所に事業主のサインまたは押印をお願いいたします。

事業主証明欄

⑭ 亡くなられた方の氏名	□ 被保険者　□ 被扶養者	⑮ 死亡年月日	令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。　⑯ 令和　年　月　日

⑰ 所在地

⑱ 事業所名称

⑲ 事業主氏名　TEL　（　　）

◎振込先には②欄の申請者の口座または事業所より届出されている口座をご記入ください。

振込先

公金受取口座	□ 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）		
金融機関名称	銀行コード　銀行・金庫・信組 農協・その他（　　）	預金種別	普通・当座・その他（　　）
	支店コード　支店・本店・出張所 その他（　　）	口座番号	
口座名義（カタカナで記入）	※アルファベット登録の方はアルファベットでご記入ください。	口座名義区分	□ 申請者 □ 事業所の受領代理人

◎今回の給付金の受取を事業所に委任する場合はご記入ください。

委任状

申請者	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。 氏名
受領代理人	氏名

受付日付印

添付書類

死亡診断書、死体検案書もしくは検視調書（写し）
※被保険者（本人）が死亡した場合は別途添付書類が必要です。記入例をご確認ください。

東京都電機健康保険組合　（R6.12）