

提出先	HR Planning部→健保組合
添付書類等	<ul style="list-style-type: none"> <li>■死亡診断書など死亡を証明できる書類</li> <li>■保険証または資格確認書</li> <li>■埋葬費請求の場合は、上記に加え埋葬にかかった費用の領収書</li> </ul>

		受付担当

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

下記のとおり申請いたします。

注意事項

※被扶養者が死亡した場合は、別途、人事グループへ「健康保険被扶養者(異動)届」の提出が必要です。  
 健保HP「こんなときどうする・家族の増減があったとき」を確認してください。

被保険者が記入する欄	被保険者等記号・番号	5 9 -	被保険者の勤務している、またはしていた事業所の名称	PayPayカード株式会社			
	被保険者(請求者)の氏名	刀ガナ		生年月日	昭和	平成	年月日
	被保険者(請求者)の住所	〒		電話 ( )			
	死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡原因	第三者の行為によるものですか はい・いいえ
	被保険者が死亡したための請求のときはその者の						
	被保険者氏名			被保険者と請求者との身分関係			
	埋葬年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用の額	円
	被扶養者が死亡したための請求のときはその者の						
	被扶養者氏名			生年月日	昭和	平成	年月日
	被保険者との続柄						
振込希望口座(請求者名義)	金融機関名		支店名		普通預金口座番号		
	銀行		本店 支店				

※給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振り込みを希望される)場合に記入してください。

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。							
	令和 年 月 日							
	被保険者(請求者)	住所						振込希望口座
		氏名						
	受取代理人	住所						
刀ガナ								
氏名								
委任者と代理人との関係								

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名		死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	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。					
令和 年 月 日						
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名						

受付日付印