

提出先	HR Planning部→健保組合
添付書類等	■死亡診断書など死亡を証明できる書類 ■保険証または資格確認書 ■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

		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 ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平成 58年 7月 8日 令和
被保険者 (請求者) の住所	〒△△△-□□□□ 福岡県福岡市博多区○○町○丁目△△番□□号 電話○○○(△△△)□□□□		
死亡した年月日	令和 ○○年 △△月 □□日	死亡原因	心不全 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	健保 キク	生年月日	昭和 平成 ○○年△△月□□日 令和
被保険者との続柄	祖母		
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	1 2 3 4 5 6 7

※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 金融機関名 銀行
		氏名	
	受取代理人	住所	普通預金 口座番号
		刀ガナ	刀ガナ
氏名		口座名義	
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 事業主所在地 事業主名称 事業主氏名				

受付日付印