支給額		十	万	千	百	十	円
資格取得	年　月　日						
資格喪失	年　月　日						
標準報酬月額	千円						

常務理事	事務長	課長		担当者

健康保険　被保険者 / 家族　埋葬料(費)支給申請書

請求者の記入するところ

①被保険者の記号　番号	222	222	②請求者の氏名	(フリガナ) イワテ　ケンポ 岩手　健保	
③請求者の住所	〒 020-0122 岩手県盛岡市みたけ○－○－○　TEL 641-7061				
⑤被保険者の勤務する(していた事業所の)	名称	岩手県自動車販売健康保険組合			
	所在地	岩手県盛岡市みたけ3－32－18			
⑥死亡の日	令和　7 年 12 月 11 日	⑦死亡の原因	病死・事故死・その他(　　)		
⑧事故により死亡したとき	事故の状況	事故の状況	勤務中・勤務外		
	加害者の氏名	加害者	住所	岩手県盛岡市みたけ3－32－18	
⑨被保険者死亡による請求であるとき	被保険者氏名	岩手　健保	被保険者に対する請求者の続柄	妻	
	埋葬した日	令和　7 年 12 月 20 日	埋葬に要した費用	5万 円	
⑩被扶養者死亡による請求であるとき	被扶養者氏名		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	被保険者との続柄
支払金融機関	銀行等名	岩手　銀行　みたけ　本・支店			
	預金の種類	普通預金・当座預金		確認印 □	
	口座番号	1234567			
	預金者の氏名	岩手　健子			
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します。 被保険者(申請者) 氏名 岩手　健保　代理人(口座人名義) 住所 岩手県盛岡市みたけ○－○－○　氏名 岩手　健子				

事業主が証明するところ

死亡した者の氏名	岩手県自動車販売健康保険組合	死亡の日	令和 8 年 12 月 12 日

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和 8 年 12 月 12 日

事業所の　所在地 岩手県盛岡市みたけ3－32－18
　　名称 岩手県自動車販売健康保険組合
事業主の　氏名 健保　組合