

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 の氏名	(フリガナ) イワテ ケンボ 岩手 健保	
	③請求者の 住 所	〒 020-0122 岩手県盛岡市みたけ〇-〇-〇 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〇-〇-〇	
	⑨被保険者死亡 による請求 であるとき	被保険者氏名	被保険者に対する 請求者の続柄			
		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	岩手 健子	生年月日	昭和 平成 令和	2 年 2月 2日 被保険者 との続柄 妻
支払金融機関	銀行等名	岩手 銀行	みたけ	本・支店	確認印 <input type="checkbox"/>	
	預金の種類	普通預金・当座預金				
	口座番号	1234567				
	預金者の氏名	岩手 健保				
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 氏名 代理人 住所 (申請者) 氏名 (口座人名義) 氏名					

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	岩手 健子	死亡の日	令和 7年 12月 11日
	上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 8年 1月 11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			