

被保険者が亡くなったとき

保険者 埋葬料（費）

家族 埋葬料（費）付加金

支給申請書

※黄色部分のみご記入ください

◎記入するときは、下記の「注意事項」をご覧ください

① 被保険者等記号・番号	〇〇〇	〇〇〇	② 事業所名	大阪本社・東京本社・退職者
③ 死亡した年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	④ 死亡した原因	死亡原因をご記入ください	
⑤ 発病または負傷の原因・状況	いつ（発生日時） どこで（場所） なにをしていて どのようにして 負傷したか なるべく くわしく	令和 〇 年 〇 月 〇 日 午前 〇 午後 〇 時	⑥ 第三者行為によるものですか ・はい ・いいえ	
※詳しくご記入ください				
私用・通勤の行き帰り・仕事中				
<被保険者が死亡したための請求であるとき>				
⑦ 被保険者氏名	健保 太郎		⑧ 埋葬した年月日	令和〇年〇月〇日
⑨ 請求者との 身分関係	夫		⑩ 埋葬に要した 費用(別紙証憑 書のとおりに)	〇〇,〇〇〇円
<被扶養者が死亡したための請求であるとき>				
⑪ 被扶養者 氏名	※記入不要			
上記によって 埋葬料（費） 埋葬料（費）付加金 を請求します。 ⑭ 住所 〒 530 - 0005 大阪市北区中之島〇-〇-〇 〇〇マンション〇号室				
令和 〇 年 〇 月 〇 日				
フリガナ ケンポ ハナコ 被保険者（請求者）氏名 健保 花子 (06) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 ※日中お電話がつながる番号をお書きください。				

※自宅住所をマンション名、部屋番号までご記入ください
※被保険者が亡くなった場合は、申請者の氏名と連絡先をご記入ください

※事業主が記入・証明する欄

どちらかに記入ください
※公金受取口座の利用は当健保組合の被扶養者に限ります

被保険者が記入するところ	⑳ 委任状	㉑ 振込先口座
	※振込先口座を請求者以外の 方の口座に指定する場合のみ ご記入ください	☐ 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
		銀行 〇〇 金庫 〇〇〇〇 信組 〇〇〇〇 店・本店 〇〇〇〇 支店 出張所
		預金種別 普通 口座番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 ・当座
口座名義 フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子		

◆提出先 在籍者：大阪本社 退職者：JAST健康保険組合

◆照会先 JAST健康保険組合

〒530-0005 大阪市北区中之島二丁目3番18号 中之島フェスティバルタワー28階

TEL：06-4560-1008 E-mail：info@jastkenpo.or.jp

JAST健康保険組合(2024.12)

被保険者 埋葬料（費） 支給申請書
家族 埋葬料（費） 付加金

被扶養者が亡くなったとき

※黄色部分のみご記入ください

◎記入するときは、下記の「注意事項」をご覧ください

① 被保険者等記号・番号	〇〇〇	〇〇〇	② 事業所名	大阪本社・東京本社・退職者
③ 死亡した年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	④ 死亡した原因	死亡原因をご記入ください	
⑤ 発病または負傷の原因・状況 （なるべくくわしく）	いつ（発生日時） どこで（場所） なにをしていて どのようにして 負傷したか （私用・通勤の行き帰り・仕事中）	令和 〇 年 〇 月 〇 日 午前 〇 午後 〇 時	⑥ 第三者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であるとき＞				
⑦	※記入不要			
⑨				
＜被扶養者が死亡したための請求であるとき＞				
⑪ 被扶養者氏名	健保 花子	⑫ 生年月日	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日	⑬ 被保険者との続柄 妻
※自宅住所をマンション名、部屋番号までご記入ください				
〒 530 - 0005 大阪市北区中之島〇-〇-〇 〇〇マンション〇号室		フリガナ ケンポ タロウ 被保険者（請求者）氏名 健保 太郎 電話 (06) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 ※日中お電話がつながる番号をお書きください。		
事業主が証明するところ				
※事業主が記入・証明する欄				
どちらかに記入ください ※公金受取口座の利用は当健保組合の被保険者・被扶養者に限ります				
被保険者が記入するところ	⑳ 委任状		㉑ 振込先口座	
	※振込先口座を請求者以外の 方の口座に指定する場合のみ ご記入ください		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	
			銀行 〇〇 金庫 〇〇〇〇 信組 〇〇〇〇 店・本店 〇〇〇〇 支店 出張所	
			預金種別 普通・当座 口座番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 口座名義 フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	

◆提出先 在籍者：大阪本社 退職者：ＪＡＳＴ健康保険組合

◆照会先 ＪＡＳＴ健康保険組合

〒530-0005 大阪市北区中之島二丁目3番18号 中之島フェスティバルタワー28階

TEL：06-4560-1008 E-mail：info@jastkenpo.or.jp

ＪＡＳＴ健康保険組合(2024.12)