

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1 2 被保険者(申請者) 記入用

被保険者情報	被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	(事業所名)
	氏名	(フリガナ)		(生年月日) ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日
	住所	(〒 -) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

委任状	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を (氏名) 年 月 日 (住所) 「被保険者情報」の住所と同じ	に委任します。
-----	------	--	---------

申請者	(申請者住所) ☐ 「被保険者情報」の住所と同じ (申請者氏名) 〒 -		
	● 振込先 (金融機関名)	☐ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 信組 ☐ その他 ()	☐ 本店 ☐ 出張所 ☐ 支店 ☐ その他 ()
	(預金種別) (口座番号) (口座名義) ☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 別段 ☐ 通知		

「被保険者(申請者)・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

健保使用欄	支給額	円	常務理事	事務長	係
	☐ 埋葬料 ☐ 埋葬費	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ()			
	備考	(資格取得日) 年 月 日 (資格喪失日) 年 月 日 (支給決定日) 年 月 日			

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1 2 被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名

申請内容

(死亡した方の死亡年月日) 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 「はい」の場合は「第三者行為等による傷病届(41)」を提出してください。
●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき (ご家族の氏名)		(生年月日) □昭和 □平成 □令和 年 月 日	(被保険者との続柄) (埋葬した年月日) 年 月 日
亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		☐ はい ☐ いいえ	
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。		(保険者名) (記号・番号)	
●被保険者が死亡したための申請であるとき (申請者の氏名)		(被保険者からみた申請者との身分関係) (埋葬した年月日) 年 月 日	
埋葬に要した費用の額	法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額)		
円	円		
亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		☐ はい ☐ いいえ	
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。		(保険者名) (記号・番号)	
●介護保険法のサービスを受けていたとき			
(保険者番号)	(被保険者番号)	(保険者名称)	

添付書類

・死亡診断書(写し)

また、被保険者・被扶養者以外が請求する場合は「埋葬に要した費用の証拠書(領収書)」を添付して下さい。

事業主証明欄

死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の別 ☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	死亡年月日 年 月 日 死亡
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日		
事業所所在地		
事業所名称		
事業主氏名	TEL	()

(0404-25)