

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

被保険者または被扶養者が亡くなり、埋葬料(費)を受ける場合にご使用ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者(申請者)情報	記号	番号	氏名	生年月日	年	月	日
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)		(フリガナ)	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			
	住所	(〒	—	)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)				

確認欄	確認	☐ 右記の要件を確認し、 ☒ を入れてください。	この申請については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	----	---	--

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		口座名義 の区分	☐ 1. 申請者 2. 代理人

「2. 代理人」の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	氏名	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 —) TEL ()	委任者と 代理人との 関係
	住所	(フリガナ)	
	氏名		

※ご注意ください

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者が亡くなられての申請の場合、「被保険者証の記号・番号」と「生年月日」は被保険者の情報をご記入ください。「氏名・印」、「住所」「電話番号」「振込先指定口座」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

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

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

(6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
死亡した方の 令和 年 月 日		☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」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
--------	------	---	-------	----------

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、次のいずれかに該当する方ですか。

- ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられた方
 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方
 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方

☐ 1. はい ☐ 2. 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

被保険者の氏名	被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬した年月日	令和 年 月 日
---------	-------------------	---------	----------

埋葬に要した費用の額	円	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
------------	---	----------------------------------	---

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、次のいずれかに該当する方ですか。

- ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられた方
 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方
 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方

☐ 1. はい ☐ 2. 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

事業主証明欄

氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
死亡した方の	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	令和 年 月 日 死亡

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

TEL ()