

健康保険 被保険者 被扶養者 埋葬料(費)支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報※	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>
	氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ 健保 太郎				
	住所	(〒 000 - 0000)	千葉	都 道 府 県	千葉市〇〇区〇〇〇1-2-3		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 000 (000) 0000						

振込先指定口座※	金融機関 名称	<input type="text" value="〇〇"/>	<input type="text" value="〇〇〇"/>	銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/>	
	預金種別	普通口座	口座番号	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>	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。)				
	<input type="text" value="ケンポ°"/> <input type="text" value="タロウ"/>					

「申請者・事業主記入用」は
2ページに続きます。>>>

※ご注意ください

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。

常務理事	事務長			担当者
支払年月日	年 月 日			
支給額	円			

受付日付印

健康保険 **被保険者
被扶養者** 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 **健保 太郎**

申請者記入欄	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 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 3年 9月 1日	心不全	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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			
被扶養者の氏名	健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 60年 5月 1日	被保険者との続柄 妻
亡くなられた方は、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ていて、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。		1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	
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」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	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日
埋葬に要した費用の額	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、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。		1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/>	
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」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	死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。		<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日
	事業所所在地		
事業所名称	この部分は事業所担当者が記入します		
事業主氏名	TEL	()	

在職されている場合 ⇒ 事業主の証明を受けてください。

退職し任意継続されている場合、退職後3ヶ月以内に亡くなった場合 ⇒ 死亡が確認できる書類を添付してください。

(例: 死亡診断書、亡くなった方の除籍謄本、住民票、埋葬許可証、火葬許可証など)