

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

被保険者の方が亡くなられた場合であっても、記号・番号又はマイナンバーは被保険者の方の情報を記載してください。

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	枝番	マイ ナンバー	記号・番号を記載した場合は記入不要です					
		1 2 3	4 5 6	0 0	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2						
	氏名	(フリガナ) ソウコ タロウ	倉庫 太郎			①被保険者の方が亡くなられた場合は、請求者の方の氏名を記入。 ②被扶養者の方が亡くなられた場合は、被保険者の方の氏名を記入。		月	日	1 0 1	
	住所	〒 100 - 1234	東京			都 道 府 県		江東区富岡1-1-1 ライオンズマンション503			
	電話番号	自宅 03 (1234) 5678 携帯 090 (9876) 5432	マンション・アパート名まで記入してください。								
委任 選択欄	申請書の審査	被保険者の方が亡くなられた場合は「1」しか選択できません。					方法について選択してください				
	1	1. 上記の被保険者(申請者)住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。 2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。(申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください)									

振込先指定口座	金融機関 名称	ゆうちょ			農協 漁協 108	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	0 1 2 3 4 5 6		
	口座名義	ソウコ タロウ			口座名義の区分	1 1.申請者 2.代理人

ゆうちょ銀行は支店番号3桁を記入し、その他の金融機関は支店名を記入してください。

「2」の場合は受取代理人の欄を必ず記入ください。

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。		年 月 日
	代理人(口座)	①この記載例は、被扶養者(花子さん)が亡くなられた場合の例となります。(申請者は太郎さん) ②被保険者の方(太郎さん)が亡くなられて、被扶養者の方(花子さん)が申請する場合は、申請される方の氏名・連絡先・住所・振込先指定口座を記入してください。(花子さんの口座を記入するため、こちらの受取代理人欄の記載は不要です) ③被保険者の方が亡くなられて、被扶養者ではない方が申請する場合は、申請される方の情報を記入し、注意事項の「添付書類」をご確認ください。(受取代理人欄の記載は不要です)		

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

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

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 R5 年 5 月 1 日	胃がん		<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					
ご家族の氏名	倉庫 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 29 年 1 月 1 日	被保険者との続柄	妻
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... 1. はい 2. いいえ ②資格喪失後、傷病手当金... ③資格喪失後、2...					
被扶養者の方が亡くなられた場合は、こちらに被扶養者の氏名等を記入してください。					
「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	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
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... ③資格喪失後...					
被保険者の方が亡くなられた場合は、こちらに被保険者の氏名等を記入してください。(身分関係は太郎さんからみた花子さんとの身分関係となるため「夫」となります) なお、申請者が被扶養者でない方は、続柄、埋葬した年月日、埋葬に要した費用の額を記入し、注意事項に記載の添付書類をご用意の上、ご提出ください。					
●介護保険法... 保険者番号 被保険者番号 保険者名称					

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
	上記のとおり相違ないことを証	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	年 月 日 死亡
	事業所所在地	事業主証明欄には、被保険者の方がお勤めの事業主より証明を受けてください。 証明を受けないで提出する場合は「死亡診断書の写し」や「戸籍謄本」等を添付してください。	
	事業所名称	事業主氏名	TEL ()