

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 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号 9 9 9 9	番号 6 6 6	生年月日 元号 昭和 5 5 0 5 3 1 年 月 日
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ ヨシヒコ 健保 よしひこ	※押印省略不可	
	住所	(〒 000 - 0000)	愛知 都道府県	〇〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号
	電話番号 (日中の連絡先)	000 (000) 0000		
埋葬料(費)受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに			<input checked="" type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない

※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名・店舗名	〇〇〇	農業協同組合	本店 支店
	金融機関コード ・店番号	1 2 3 4 5 6 7	口座種別 1. 普通 2. 当座	口座番号 0 1 2 3 4 5 6
	口座名義 (カタカナ)	ケンポ° ヨシヒコ		口座名義の区分 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受 領 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
	氏名・印	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 ()	住所	委任者と 代理人との 関係
	氏名・印	(フリガナ)		

「被保険者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者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。)

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 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 元号 年 月 日 死亡した方の 平成 28 12 20	死亡原因 多臓器不全	第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」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		
申請内容	氏名 (フリガナ) ご家族の	生年月日 元号 年 月 日	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に受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
申請内容	「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		
申請内容	氏名 (フリガナ) 被保険者の氏名 ケンポ モナミ 健保 もなみ	埋葬した年月日 元号 年 月 日 平成 28 12 22	被保険者からみた申請者との身分関係 長男
	埋葬に要した費用の額 1000000 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)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
申請内容	亡くなられた方は、退職等により当健康保険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に受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		保険者名 記号・番号
	「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。		

事業主証明欄	氏名 死亡した方の 健保 もなみ	被保険者・被扶養者の別 <input checked="" type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 被扶養者	死亡年月日 元号 年 月 日 平成 28 12 20 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 29 年 1 月 20 日		
事業主証明欄	〒 000 - 0000	事業所所在地 愛知県〇〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	事業主氏名 代表理事組合長 〇〇 〇〇
	事業所名称 〇〇〇農業協同組合	電話番号 000 (000) 0000	