

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)記入用

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日
	氏名・印	(フリガナ)		元号 年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	※押印省略不可
	電話番号 (日中の連絡先)	()		
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 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	農業協同組合		本店	支店
	金融機関コード ・店番号		口座 種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座	口座 番号
	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文字としてご記入ください。			口座名義 の区分

「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
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	氏名・印	(フリガナ)		委任者と 代理人との 関係

「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	死亡原因	第三者の行為によるものですか	
	死亡した方の 元号 年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> はい <input 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。	
申請内容	●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき			
	氏名 (フリガナ) ご家族の	生年月日 元号 年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	続柄	
申請内容	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			
申請内容	●被保険者が死亡したための申請であるとき			
	氏名 (フリガナ) 被保険者の氏名	埋葬した年月日 元号 年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	被保険者からみた申請者との身分関係	
申請内容	埋葬に要した費用の額 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		
	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 type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	元号 年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 死亡
上記のとおり相違ないことを証明する。			
年 月 日			
〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名 (印)			
電話番号 ()			