

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	記号 被保険者等 記号・番号 (左づめ)	番号 1001	生年月日 昭和 年 月 日 61 04 15
	氏名 (フリガナ)	ケンポ ハナコ 健保 花子	
	住所 (〒) 123 - 4567	東京 都道府県 港区〇〇1-1 〇〇マンション101	
	電話番号 (日中の連絡先) TEL 03 (1230)4567		
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)		

振込先指定口座	金融機関 名称 〇〇	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 <input type="radio"/> その他 ()	〇〇駅前店	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所	
	預金種別 普通	口座番号 (左づめ) 1234567			
	口座名義 (カタカナ) ケンホ。ハナコ				

▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。

振込先が給与(賞与)の第一振込口座と同じである場合は、記入不要です。

注) 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。

注) 公金受取口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は)

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

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 埋葬料(費)支給申請書

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 2 年 4 月 19 日	急性心不全	<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				
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、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の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき				
			<input type="checkbox"/>	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	健保 太郎	被保険者からみた申請者との身分関係	妻	埋葬した年月日
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	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				
			<input type="checkbox"/>	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	()

- 1.区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写のいずれかを添付。
- 2.被扶養者以外の方からの請求は、埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記であること。)および「健康保険給付金遺族支給申請書および証明書」を添付。