

健康保險 □被保險者 埋葬料(費)支給申請書
□家 族

1

2

被保險者(申請者)記入用

被保険者情報 (申請者)	事業所番号	記号	番号	生年月日
	被保険者証の (右づめ)	0 0 0	□ 1 □ 1 0 1	□ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名・印	(フリガナ)			自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒 一)			都道府県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

振込先 指定口座 金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 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 ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所																			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知		口座番号																		
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"></div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"></div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"></div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"></div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px;"></div> </div> 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。)																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>																					
口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 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)

受取代理人の欄	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。		令和 年 月 日
	被保険者 (申請者)	氏名・印	印
代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()		
	住所	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
	氏名・印	印	

- ※1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

- ※2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。

①事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認行った担当者が押印
②本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

<p>備 考</p>	<p>事業所 個人番号 照合者</p>	<p>印</p>
------------	-----------------------------	----------

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

被保険者氏名

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 ご家族 の氏名	□平成・□令和 年　月　日			□ はい　□ 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。																							
<p>●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき</p> <table border="1"> <tr> <td>生年月日</td> <td>□昭和・□平成 □令和　年　月　日</td> <td>被保険者 との続柄</td> </tr> <tr> <td colspan="3">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</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 1. はい　<input type="checkbox"/> 2. いいえ </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <p>「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。</p> <table border="1"> <tr> <td>保険者名</td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>							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 <input type="checkbox"/> 2. いいえ			<p>「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。</p> <table border="1"> <tr> <td>保険者名</td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> </tr> </table>			保険者名	記号・番号								
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 <input type="checkbox"/> 2. いいえ																												
<p>「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。</p> <table border="1"> <tr> <td>保険者名</td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> </tr> </table>			保険者名	記号・番号																								
保険者名																												
記号・番号																												
<p>●被保険者が死亡したための申請であるとき</p> <table border="1"> <tr> <td>被保険者 の氏名</td> <td>被保険者からみた 申請者との身分関係</td> <td>埋葬した 年月日</td> <td>□平成 □令和 年　月　日</td> </tr> <tr> <td>埋葬に要した 費用の額</td> <td>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)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">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</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 1. はい　<input type="checkbox"/> 2. いいえ </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>「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。</p> <table border="1"> <tr> <td>保険者名</td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>							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	□平成 □令和 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)			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 <input type="checkbox"/> 2. いいえ				<p>「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。</p> <table border="1"> <tr> <td>保険者名</td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> </tr> </table>				保険者名	記号・番号
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	□平成 □令和 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)																											
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 <input type="checkbox"/> 2. いいえ																												
<p>「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。</p> <table border="1"> <tr> <td>保険者名</td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> </tr> </table>				保険者名	記号・番号																							
保険者名																												
記号・番号																												
<p>●介護保険法のサービスを受けていたとき</p> <table border="1"> <tr> <td>保険者 番号</td> <td>被保険者 番号</td> <td>保険者 名称</td> </tr> </table>							保険者 番号	被保険者 番号	保険者 名称																			
保険者 番号	被保険者 番号	保険者 名称																										

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 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		被保険者	被扶養者	□平成・□令和 年　月　日　死亡	印	TEL ()
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和　年　月　日							