

# 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 | 被保険者等の(右づめ)  | 記号<br>[ ][ ][ ][ ][ ]         | 番号<br>[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | 生年月日<br>年 月 日<br><input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |             |
|             | 氏名           | (フリガナ) _____                  |                                   |  | 被保険者が死亡した場合                 | 被保険者名 _____ |
|             | 住所           | (〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] )    | [ ][ ][ ] 都 道<br>[ ][ ][ ] 府 県    |  |                             |             |
|             | 電話番号(日中の連絡先) | TEL ( [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] ) |                                   |  |                             |             |

|                 |  |              |                                |              |  |
|-----------------|--|--------------|--------------------------------|--------------|--|
| 振込先指定口座(被保険者口座) | 金融機関コード・名称   | 銀行コード: _____ | 銀行 金庫 信組                       | 支店コード: _____ | 本店 支店  |
|                 |  | 名称: _____    | 農協 漁協                          | 名称: _____    | 出張所  |
|                 |  |              | その他( [ ][ ][ ] )               |              | 本所 支所  |
| 預金種別            | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段<br><input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知 | 口座番号         | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | 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。)                        |              |                                | 口座名義の区分      | <input type="checkbox"/> 1. 申請者<br><input type="checkbox"/> 2. 代理人 |

※記入内容を訂正する場合は、被保険者(申請者)が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者(申請者)の氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。

「2」の場合は必ずご記入ください。

|              |            |                                |                               |                        |
|--------------|------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| 受取代理人(健保口)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。 |                               | 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日   |
|              |            | 氏名                             | [ ][ ][ ]                     | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ |
|              | 代理人(健保口情報) | (〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] )     | TEL ( [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] ) |                        |
|              | 住所         | [ ][ ][ ] 都 道<br>[ ][ ][ ] 府 県 |                               |                        |
|              | 氏名         | (フリガナ) _____                   |                               |                        |

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

※1 被保険者が死亡した際の申請の場合、『氏名』『住所』『電話番号』『振込先指定口座』は、実際に申請される方の情報をご記入ください。

※2 『被保険者等の記号番号』および『生年月日』は被保険者の情報をご記入ください。

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

被保険者氏名

※記入内容を訂正する場合は、被保険者(申請者)が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者(申請者)の氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。

|                 |      |  |
|-----------------|------|--|
| 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 年 月 日 |      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>「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。 |

## ●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  | 被保険者からみた申請者との身分関係 | 埋葬した年月日  | 令和 年 月 日 |
| 埋葬に要した費用の額   |                   | 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。<br>①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき<br>②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき<br>③資格喪失後、②の支給終了後、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 |          |
| 「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  |          |

## ●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・平・令 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。<br>①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき<br>②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき<br>③資格喪失後、②の支給終了後、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 |          |
| 「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  |          |

※記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容を記入し、事業主氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等使用しないでください。

|        |                    |   |             |
|--------|--------------------|---|-------------|
| 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 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> | 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                | ( )   |             |