

健康保険被保険者(家) 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	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	2 2 7		4	8	4 5
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ タロウ	被保険者が死亡した場合	被保険者名		
	住所	(〒 332 - 0035)	埼玉県 川口市西青木			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 048 (258)					

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。

振込先指定口座(被保険者口座)	金融機関名称	銀行コード: 0017	銀行	金庫	信組	支店コード: 357	本店	支店
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	9 8 7 6 5 4	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	1 1.申請者 2.代理人				
	名称: 埼玉りそな	名称: 川口	農協	漁協	その他()	出張所	本所	支所

「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(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
	代理人(健保口情報)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	氏名・印	上記指定口座ではなく、健保口への振り込みを指定される場合は、こちらへ記入・捺印ください。	
	氏名・印	代理人印は、健保口届出印となります。	

「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

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

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 <input checked="" type="radio"/> 平・令 31年4月5日	肺がん	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	組合 合子	生年月日 <input checked="" type="radio"/> 昭平・令 24年4月1日	被保険者との続柄 母
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。 資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき 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 資格喪失後、の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		<input checked="" type="checkbox"/> 2	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	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・令 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)		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。 資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき 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 資格喪失後、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	
介護保険法のサービスを受けていたとき			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。

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 組合 合子	被保険者 <input type="radio"/> 被扶養者 <input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 平・令 31年4月5日 死亡
上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 元 年 5 月 7 日	
事業所所在地	東京都豊島区南池袋	事業主印	
事業所名称	(株)タケイディスプレイ		
事業主氏名	竹井 世津子		TEL 03 (3984) ××××

訂正箇所等については、証明された事業主の印と同一印で訂正ください。