

健康保険 被保険者 被扶養者 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (枝番記入不要)				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	住所	(〒 -)		<input type="checkbox"/> 平成	
				<input type="checkbox"/> 令和	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<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"/>)					

申請者情報	※被保険者が死亡の場合に記入				
	申請者氏名		被保険者との 関係(続柄)		
	住所	(〒 -)			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

振込先指定口座(申請者名義)	※被扶養者死亡の場合⇒被保険者名義の口座 ・ 被保険者死亡の場合⇒申請者名義の口座				
	金融機関 名称		銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左つめ)		※ ゆうちょ銀行を指定するの場合、通帳に記載 の他金融機関振込用の口座番号7桁を記入
	口座名義 (カタカナ)				▼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(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

事業主証明欄	死亡した方の	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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。			
	事業所所在地		証明日: 令和 年 月 日	
	事業所名称			
事業主氏名		TEL ()		

<添付書類>

死亡診断書(死体検案書)の写し

※被保険者が死亡し、申請者が被扶養者ではない場合

被保険者との続柄が分かる公的書類(戸籍謄本等)の原本

埋葬(葬儀)に係る費用の領収書の写し

受付日付印

2ページに続きます。>>>

(受付№)
 <<令和7年1月更新>>

健康保険 被保険者 被扶養者 埋葬料(費) 支給申請書

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 令和 年 月 日	健保使用欄 コード	<input type="checkbox"/> はい <input 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
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	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。 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	

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄