

健康保険 被保険者 埋葬料(費)・付加金 支給申請書

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和		
				<input type="checkbox"/> 平成	年	月
				<input type="checkbox"/> 令和		日
	(フリガナ)					
氏名						
住所	(〒	-)	都	道	
				府	県	
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☑) ※喪失後給付に該当する場合は除く						

振 込 先 指 定 口 座	<input type="checkbox"/> 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)					
	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	普 通	口座番号	<input type="text"/>	右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。)				
	<input type="text"/>					
※被保険者死亡による申請の場合は申請者の指定する口座情報をご記入ください。						

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

被保険者のマイナンバー記載欄

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)・付加金 支給申請書

被保険者(申請者)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				<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)が死亡した場合の申請であるとき				
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	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			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場合の申請であるとき					
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	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。 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			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			

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	<input type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 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	令和 年 月 日	
事業所名称			
事業主氏名	TEL ()		

- 被保険者埋葬料(費)の申請のときは「被保険者資格喪失届」を、家族埋葬料の申請のときは「被扶養者(新規・異動)届」も提出のこと。
- 退職者の場合は、埋火葬許可証(写)か死亡診断書(写)を添付のこと。
- 同居親族以外の者が葬儀を行い、申請する場合(埋葬費)は、埋葬に要した詳細な「領収書」を添付のこと。
- 申請者が被扶養者以外の同居者の場合は、「住民票」を添付のこと。